

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JULIE ROUSSIN

PSYCHOTHÉRAPIE SELON L'APPROCHE DES SCHÉMAS DE YOUNG ET
ANALYSE CRITIQUE D'UN PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

DÉCEMBRE 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-
RIVIÈRES

PSYCHOTHÉRAPIE SELON L'APPROCHE DES SCHÉMAS DE YOUNG ET
ANALYSE CRITIQUE D'UN PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

PAR
JULIE ROUSSIN

M. André Pellerin, Ph. D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Françoise Lavallée, Ph. D., évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Claire Carrière, Ph. D., évaluatrice externe

Psychologue en pratique privée

Sommaire

Jeffrey Young Ph.D., a élaboré un modèle de psychothérapie appelé *la thérapie des schémas (core schemas therapy)* intégrant des éléments issus de plusieurs modèles classiques de psychothérapie. Le présent essai se veut une application de ce modèle de psychothérapie auprès d'une jeune femme présentant des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive et évitante ainsi qu'un historique de troubles du comportement alimentaire de type anorexie restrictive. La thérapie d'une centaine de rencontres s'est échelonnée sur deux années et demie. Les principaux concepts de *la thérapie des schémas* sont d'abord présentés. L'évaluation de la cliente selon le modèle des schémas de Young a permis d'identifier six schémas principaux : « imperfection », « échec », « exigences élevées », « recherche d'approbation », « inhibition émotionnelle » et « punition ». Les différentes stratégies thérapeutiques utilisées sont illustrées. L'évaluation des changements en regard de l'évaluation initiale et des différentes stratégies thérapeutiques utilisées montre de fortes améliorations des croyances et des comportements liés aux schémas. Le travail se poursuit en ce qui concerne les comportements alimentaires même s'il y a eu une grande amélioration. Finalement, une discussion critique du processus thérapeutique ainsi que de la *thérapie des schémas* du point de vue théorique et pratique termine cet essai.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
La thérapie des schémas.....	4
<i>La thérapie des schémas : une approche intégrative</i>	5
Le concept de schéma et ses origines.....	6
Les schémas précoces inadaptés de Young.....	8
Origines des schémas.....	9
Les évènements déclencheurs.....	11
Les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles.....	11
Schémas inconditionnels et conditionnels.....	15
Les modes.....	16
Maintien des schémas.....	18
Méthodologie.....	20
Cadre thérapeutique.....	21
Évaluation.....	22
Les méthodes d'intervention.....	29
Efficacité de la thérapie des schémas.....	36
Évaluation des résultats.....	36

Histoire de cas et évaluation.....	38
Caractéristiques générales et contexte de vie.....	39
Antécédents en santé mentale.....	40
Les motifs de consultation, les scénarios de vie dysfonctionnels et les schémas associés	40
Hypothèse sur les schémas à partir de l'évaluation de la santé mentale.....	49
Hypothèses sur les schémas à partir des observations	52
Hypothèses sur les schémas à partir du Questionnaire sur les schémas	53
Compréhension de l'origine des schémas dans l'enfance et l'adolescence.....	57
Le Questionnaire sur les attitudes parentales (YPI-1).....	64
Autres sources d'information dans la partie évaluation.....	68
Reformulation des motifs de consultation selon l'approche des schémas.....	68
Résumé	69
Intervention.....	73
Méthodes cognitives : schéma « imperfection »	74
Méthodes cognitives : schéma « échec »	79
Méthodes comportementales : schéma « imperfection »	83
Méthodes comportementales : schéma « échec »	84
Méthodes émotionnelles : schéma « imperfection » et « échec ».....	85
Méthodes relationnelles: schéma « imperfection » et « échec ».....	87
Résumé	91

Bilan des changements observés	92
Questionnaire sur les schémas : première et deuxième passations	93
Questionnaire sur les attitudes parentales : première et deuxième passations.....	96
Questionnaire et entrevue portant sur les changements associés aux schémas	100
Résumé	109
Discussion.....	110
Forces.....	111
Limites	114
Conclusion.....	115
Références	118
Appendice A : Définition des schémas de Young appliquée à Sophie	122
Appendice B : Critères diagnostiques selon le DSM-IV	127
Appendice C : Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les schémas	130
Appendice D : Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les attitudes parentales	133
Appendice E : Questionnaire d'évaluation des changements thérapeutiques	136

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les dix-huit schémas précoces inadaptés	12
Tableau 2 : Conceptualisation du cas selon l'approche des schémas.....	70
Tableau 3 : Les déclencheurs et les stratégies d'adaptation reliés aux schémas	71
Tableau 4 : Les croyances associées aux schémas chez Sophie	72

Liste des figures

Figure 1. Résultats au questionnaire sur les schémas (YSQ-L3).....	54
Figure 2. Résultats au Questionnaire sur les attitudes parentales (YPQ-1).....	65
Figure 3. Questionnaire sur les schémas (YSQ-L3) (1re et 2e passation).....	94
Figure 4. Questionnaire sur les attitudes parentales (1re et 2e passation : père).....	97
Figure 5. Questionnaire sur les attitudes parentales (1re et 2e passation : mère).....	99

Remerciements

Je remercie monsieur André Pellerin Ph.D., mon directeur doctoral pour ses commentaires et recommandations dans la rédaction de cet essai. Je tiens également à souligner l'apport de monsieur Pierre Cousineau Ph.D. dans la supervision de mon apprentissage de la *thérapie des schémas*. Je tiens à remercier particulièrement Sophie (nom fictif) d'avoir accepté d'être le sujet de cet essai. Je la remercie également pour s'être prêtée à l'exercice ayant permis de faire un bilan détaillé des changements observés chez elle suite à la thérapie. Son implication dans ce projet doctoral m'aura permis d'approfondir le modèle des *schémas précoces inadaptés* de Young et, je l'espère, de lui permettre de profiter de la vie plus sereinement.

Introduction

Au XXe siècle, plusieurs modèles de psychothérapie ont été proposés pour traiter les différents troubles psychologiques. Ces différents modèles sont généralement classés dans l'un ou l'autre de quatre grands paradigmes qui sont caractérisés par des postulats, des concepts et des méthodes d'intervention particuliers. Ainsi, on dira d'un modèle de psychothérapie qu'il relève de l'école psychodynamique, cognitive-comportementale, humaniste ou systémique. Un nouveau paradigme semble reconnu en tant que tel par de plus en plus de psychologues théoriciens et cliniciens : le paradigme éclectique et intégratif.

La *thérapie des schémas* de Young (Core Schema Therapy) est un modèle intégratif qui offre un cadre théorique unificateur qui puise des techniques d'intervention dans plusieurs modèles de thérapie : « L'intégration assimilatrice : une combinaison de stratégies thérapeutiques provenant d'approches différentes, mais utilisées dans le contexte d'une compréhension théorique unitaire. » (Stricker, 1994, cité dans Cousineau, 1999)

Jeffrey Young, docteur en psychologie clinique, est professeur et chercheur à l'Université de Columbia dans l'état de New York. Il a été formé et supervisé par Aaron, l'un des théoriciens contemporains les plus connus de l'approche cognitive du traitement

de nombreux troubles psychopathologiques tels que la dépression et les troubles de la personnalité (Beck & Alford, 2009; Beck & Freidman, 2004). Young a élaboré la *thérapie des schémas* dans le milieu des années 1980 et a fondé l'institut de la *thérapie des schémas* situé présentement à Manhattan (Schema Therapy Institute). Il présente la *thérapie des schémas* précoces inadaptés, appelé plus succinctement la *thérapie des schémas*, dans divers ouvrages (Young 1990, 1999; Young, Klosko & Weishaar 2005).

Une présentation du modèle de la *thérapie des schémas* fera l'objet du premier chapitre de cet essai. Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée lors d'une psychothérapie effectuée auprès d'une jeune femme, Sophie, selon ce modèle. Le troisième chapitre présente l'évaluation des difficultés rapportées par Sophie. Le quatrième chapitre présente les différentes techniques d'intervention utilisées ainsi que le verbatim des entrevues qui les illustre. Le cinquième chapitre présente les résultats thérapeutiques. Une discussion termine cet essai et propose une réflexion critique sur les forces et les faiblesses de cette étude.

La thérapie des schémas

Ce chapitre présente la *thérapie des schémas* de Jeffrey Young. Nous situerons d'abord cette thérapie dans le cadre des approches intégratives. Par la suite, les principaux concepts de ce modèle seront présentés. Nous aborderons une définition générale du concept de « schéma » ainsi que ses origines à travers certains auteurs l'ayant abordé avant Young. Nous approfondirons les caractéristiques des schémas précoces inadaptés de Young ainsi que les principaux concepts associés : les différents types de schémas, le concept de « mode », les déclencheurs, les stratégies d'adaptation ainsi que les mécanismes de maintien des schémas. Nous présenterons également les différentes techniques d'intervention que propose Young pour « guérir » les schémas. Finalement, nous aborderons les conclusions de certaines études de validation de la *thérapie des schémas*.

La thérapie des schémas : une approche intégrative

Dès le début de son livre, *la thérapie des schémas* (Young et al. 2005), l'auteur présente son modèle comme étant une thérapie intégrative, mais ayant une forte parenté avec l'approche cognitive-comportementale : « Elle est une expansion des concepts et des traitements cognitivo-comportementaux habituels. Elle rassemble des éléments issus de différentes écoles (la thérapie cognitive-comportementale, la théorie de l'attachement, la Gestalt-thérapie, le constructivisme et la psychanalyse) en un modèle conceptuel et thérapeutique riche et unificateur. » (Young et al, 2005, p.27).

Le concept de schéma et ses origines

Le concept de schéma a été utilisé par plusieurs auteurs autant dans le domaine de la psychologie que dans d'autres domaines, comme la philosophie. De façon générale, ce concept réfère à « un modèle imposé par la réalité ou l'expérience qui permet aux individus d'expliquer les faits, d'en appréhender la perception, et de guider leurs réponses. [...] Le schéma est un programme cognitif qui intervient comme guide dans l'interprétation de l'information et la résolution de problèmes. » (Young et al., 2005, p.33-34). Nous aborderons brièvement les origines de ce concept.

Le premier théoricien ayant nommé recours au concept de schéma est le philosophe allemand Emmanuel Kant au 18^e siècle. Dans sa *Critique de la raison pure*, il remettait en cause le processus voulant que l'on perçoive *objectivement* notre environnement et qu'on enregistre la réalité telle quelle dans notre esprit, qui ne serait au départ qu'une *tabula rasa* (Kant 1781/1944, cité dans Rusinek, 2006). Kant soutenait que l'on informe les stimuli de notre environnement, que l'on ne perçoit de la réalité que ce que nos « schémas » nous permettent de saisir et de comprendre. Il fait donc la distinction entre la réalité objective, qui existerait indépendamment de la personne qui perçoit, de la réalité subjective, perçue à travers les conditions imposées par nos schémas. « Les schèmes [...] peuvent être compris comme des catégories mnésiques. Kant développait aussi l'idée que ces *schemata* recouvraient en mémoire des valeurs issues de nos expériences passées. » (Kant 1781/1944, cité dans Rusinek, 2006, p.11).

Dans le domaine de la psychologie cognitive, Bartlett, au début du 20^e siècle, soutient que l'information est traitée avant d'être mémorisée et que ce traitement influence également le rappel des souvenirs. « Nous pourrions dire que Bartlett parla alors de schémas, comme de structures cognitives abstraites qui se forment par diverses confrontations avec l'environnement, et qui ont pour caractéristiques d'organiser les informations selon des modes et des groupements spécifiques. » (Bartlett, 1932, cité dans Rusinek, 2006, p.13).

Dans le domaine de la psychothérapie, le schéma est défini comme « tout grand principe organisateur ayant pour but d'expliquer les expériences vécues par un individu. » (Young et al., 2005, p.34). Au cours du développement, des schémas se constituent précocement à partir des expériences vécues et continuent à être alimentés par les événements de la vie. Plusieurs théoriciens dans le domaine de la psychothérapie ont abordé le concept de schéma pour expliquer différentes pathologies. Des auteurs comme Kelly (1955), Segal (1988) et Beck, Rusk, Shaw et Emery (1979) ont recours au concept de schéma. Les composantes des schémas, à savoir s'ils sont plutôt considérés comme une structure cognitive, affective ou comportementale diffèrent chez les auteurs.

Pour Young, parler du schéma d'une personne équivaut à cerner ses modèles de réactions face à certaines situations, et ce, dans différentes modalités: cognitives, émotionnelles, mnésiques et corporelles. Lorsque ces modèles sont activés ou utilisés par l'individu, ils provoquent une réponse comportementale : « [...] les comportements

sont dictés par les schémas, mais n'en font pas partie » (Young et al., 2005, p.35). Ainsi, les schémas expliquent les modèles de réactions internes et externes qui perdurent dans le temps, ce qui en fait des fondements de la personnalité. Pour Young, les schémas ne sont pas uniquement constitués de croyances; des émotions, des souvenirs et des sensations physiologiques en font également partie.

Les schémas précoces inadaptés de Young

Les schémas peuvent être adaptés ou inadaptés au sens où ils contribuent plus ou moins au bien-être d'une personne et à son fonctionnement : « (...) il existe des schémas positifs comme il existe des schémas négatifs, de même qu'il existe des schémas précoces et des schémas tardifs » (Young et al., 2005, p.36). La *thérapie des schémas* s'intéresse aux schémas inadaptés.

Young et al. (2005) proposent six caractéristiques des schémas précoces inadaptés et considèrent que ces derniers constituent des fondements des troubles de la personnalité. La dernière caractéristique permet de différencier les schémas adaptés des schémas inadaptés :

- Un modèle ou un thème important et envahissant,
- Constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles,
- Concernant soi-même et ses relations avec les autres,
- Constitué au cours de l'enfance et de l'adolescence,
- Enrichi tout au long de la vie de l'individu,
- Dysfonctionnel de façon significative.

Considérer le fondement des troubles de la personnalité dans des schémas dont les composantes ne sont pas uniquement de nature cognitive permet d'expliquer qu'un individu puisse comprendre rationnellement la fausseté d'une croyance tout en réagissant affectivement comme si elle était vraie. Ainsi, une personne peut affirmer savoir rationnellement que son conjoint ne lui est pas infidèle, mais être en même temps habitée par une forte peur d'être trompée. Le concept de *schémas inadaptés* de Young rend compte du caractère irrationnel des réactions affectives. D'ailleurs, la persistance des émotions et des sensations associées aux schémas inadaptés malgré la remise en question des croyances associées déconcertent et dévalorisent bien souvent les patients puisqu'ils ne s'expliquent pas cette apparente contradiction.

Origines des schémas

L'origine des schémas est intimement liée à la réponse aux besoins affectifs fondamentaux: « Notre idée de base est que ces schémas sont la conséquence de besoins affectifs fondamentaux qui n'ont pas été comblés au cours de l'enfance » (Young et al., 2005, p.37). Young postule cinq de ces besoins affectifs fondamentaux sans les définir ni les étayer. Il ne fait qu'en proposer une liste (Young et al. 2005, p.37) :

- La sécurité liée à l'attachement aux autres,
- L'autonomie, la compétence et le sens de l'identité,
- La liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions,
- La spontanéité et le jeu,
- Les limites et l'autocontrôle.

Pour Young, « un individu sain sur le plan psychologique est une personne qui arrive à combler ses besoins affectifs fondamentaux » (Young et al., 2005, p.37). Au cours de la vie, un schéma inadapté apparaît donc quand des besoins sont carencés, mal ou trop comblés que ce soit à travers des expériences répétées ou lors d'évènements traumatisants. Notons que les parents jouent un rôle d'avant-plan dans la satisfaction des besoins avant l'âge adulte, bien que les relations avec la fratrie et avec d'autres personnes puissent également être à l'origine des schémas. Un schéma peut également naître de l'internalisation d'un parent auquel l'enfant se serait identifié : « [...] leurs internalisations et leurs identifications se font de façon sélective sur certains aspects des personnes de leur entourage proche. Certaines de ces identifications deviennent des schémas, et d'autres deviennent des styles d'adaptation ou des modes » (Young et al., 2005, p.39). Nous aborderons les concepts de *style adaptatif* et de *mode* plus loin. Nous pouvons donc concevoir un schéma comme étant intimement en lien avec l'impression plus ou moins consciente que des besoins fondamentaux ne sont ou ne seront pas comblés par soi ou par l'environnement.

Young (cité dans Young et al., 2005) identifie dix-huit schémas inadaptés. Il affirme que ces schémas englobent les principaux thèmes problématiques qu'il a lui-même rencontrés chez ses patients souffrant de troubles de la personnalité. Ces schémas inadaptés sont classés dans cinq grands domaines selon le besoin auquel ils se rapportent plus directement. Le Tableau 1 présente à la page suivante les dix-huit schémas, le domaine auquel ils se rattachent et le besoin le plus directement concerné ainsi qu'une courte description de chacun d'eux.

Les évènements déclencheurs

Selon la formulation de Young, les schémas inadaptés sont « activés » chez les patients par « des évènements de leur vie, qu'ils perçoivent inconsciemment comme identiques aux évènements traumatiques de leur enfance. » (Young et al. 2005, p. 35).

Les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles

Les patients présentant des schémas inadaptés vont développer des stratégies ou des styles pour « s'adapter à leurs schémas, tout en évitant de ressentir les émotions intenses et insupportables que ceux-ci engendrent. » (Young et al., 2005, p.62). Ces stratégies d'adaptation peuvent être de nature cognitive, émotionnelle ou comportementale bien que ces dernières modalités soient plus fréquemment utilisées. Les stratégies d'adaptation ne font pas partie des schémas comme tels, elles sont provoquées par ceux-ci.

Des patients présentant un même schéma peuvent avoir recours à des stratégies différentes pour s'adapter à leurs schémas et une même personne peut avoir recours à plus d'un style adaptatif. La soumission, l'évitement et la compensation sont les trois styles d'adaptation aux schémas (Young et al., 2005).

Tableau 1
Les dix-huit schémas précoces inadaptés

Schéma	Description
Domaine d'hypersensibilité aux séparations et aux rejets : Besoin de sécurité liée à l'attachement aux autres	
1) Abandon/instabilité	Croyance que les relations affectives ne durent pas
2) Méfiance/abus	Croyance que les autres lui causeront du tort
3) Carence affective	Croyance que les besoins affectifs ne seront pas comblés
4) Imperfection/honte	Croyance d'être inférieur aux autres et inadéquat
5) Isolement social	Croyance d'être « à part des autres », de ne pas appartenir à un groupe
Domaine de manque d'autonomie et de performance : Besoin d'autonomie, de compétence et d'identité	
6) Dépendance/incompétence	Croyance de ne pas être en mesure de prendre en charge ses responsabilités quotidiennes (ex. le budget, la prise de décision, etc.)
7) Peur du danger ou de la maladie	Croyance qu'une catastrophe incontrôlable est sur le point d'arriver (ex. un accident grave, une maladie)
8) Fusionnement	Croyance que son identité n'est pas clairement définie ou qu'elle est liée à celle d'autre(s) personne(s), généralement un parent
9) Échec	Croyance d'être incompetent dans les domaines de performance (ex. études ou travail)
Domaine de manque de limites : Besoin de limites et d'autocontrôle	
10) Droits personnels exagérés/grandeur	Croyance que ses besoins et attentes doivent toujours être comblés
11) Contrôle de soi autodiscipline insuffisante	Une intolérance à la frustration des désirs immédiats dans le but d'atteindre un objectif à plus long terme

Tableau 1(suite)

Les dix-huit schémas précoces inadaptés

Schéma	Description
Domaine d'orientation excessive vers les autres : Besoin d'exprimer ses besoins et émotions librement	
12) Assujettissement	Croyance de devoir se conformer aux demandes et attentes des autres pour éviter des représailles (par ex. l'abandon, la colère)
13) Abnégation	Croyance de devoir se conformer aux demandes et attentes des autres dans le but d'éviter de se sentir coupable ou de se juger égoïste
14) Recherche d'approbation et reconnaissance	Croyance de devoir se conformer aux demandes et attentes des autres pour se juger adéquat et appréciable
Domaine de <i>surveillance</i> et d'inhibition: Besoin de spontanéité et de jeu	
15) Négativité/pessimisme	Croyance que des difficultés vont survenir et une préoccupation excessive pour les aspects négatifs et problématiques de la vie
16) Inhibition émotionnelle	Croyance de devoir inhiber ses émotions positives ou négatives
17) Exigences élevées	Croyance de devoir tout accomplir parfaitement
18) Puniton	Croyance de devoir se punir ou punir les autres pour leurs fautes (manque de clémence pour soi et/ou pour les autres)
Adaptation libre de Young et al. (2005), pp. 41-48	

La soumission

Cette stratégie réfère à une tendance à choisir des situations, des partenaires ou des attitudes qui activent les schémas, consciemment ou pas et conséquemment, à vivre les émotions et les sensations corporelles associées avec résignation.

L'évitement

L'évitement du schéma consiste à s'efforcer de ne pas se retrouver dans des situations qui déclenchent ces schémas. L'évitement peut aussi concerner les émotions et les pensées associées aux schémas. Par exemple, un patient qui présente un schéma « abandon » peut éviter les relations, mais également éviter de penser aux souvenirs d'abandon, de ressentir de la tristesse associée à la solitude ou de penser à l'éventualité qu'une relation amoureuse puisse se terminer un jour. On parlera alors d'évitement cognitif et émotionnel.

La compensation

Avoir recours à des stratégies de compensation consiste à adopter « des pensées, des émotions, des comportements et des styles relationnels qui correspondent à l'opposé du schéma » (Young et al., 2005, p. 64). Par exemple, un patient présentant un schéma « abandon » pourrait mettre fin rapidement aux relations aussitôt que des signes mineurs et normaux de conflits ou d'insatisfaction s'y font voir. Ainsi, le patient qui compense pourrait abandonner avant d'être abandonné, et donc avoir un comportement contraire à son schéma.

Schémas inconditionnels et conditionnels

Les schémas d'une personne peuvent être inconditionnels ou conditionnels. Généralement, les schémas inconditionnels apparaissent en premier dans l'histoire d'une personne. Ils concernent des croyances de la personne envers elle-même, envers les autres ou envers le monde, qu'elle ne croit pas pouvoir changer : « Les schémas inconditionnels ne laissent aucun espoir au patient : quoi qu'il fasse, le résultat sera le même. » (Young et al., 2005, p.50). Ainsi, concernant les schémas « échec », « fusionnement/personnalité atrophiée », « carence affective », « isolement social » et « peur du danger/maladie », les croyances inconditionnelles associées pourraient être les suivantes : « Le sujet sera incompetent, fusionné, incapable d'être aimé, inadapté, exposé au danger et rien ne pourra y changer » (Young et al., 2005, p.50).

Un schéma conditionnel est un schéma qui implique, selon les croyances associées, que la personne puisse adopter une attitude ou agir de manière à se soustraire à une conséquence désagréable, généralement une conséquence associée à un schéma inconditionnel (Young et al., 2005, p.50). Les schémas conditionnels peuvent aussi constituer ou faire partie des stratégies d'adaptation. Par exemple, le schéma « assujettissement » peut être en soi une stratégie d'évitement du schéma « abandon » et le schéma « droits personnels exagérés » peut être une compensation du schéma « imperfection ».

Les modes

Le concept de mode réfère à un état psychologique qui correspond à l'amalgame de l'activation de schémas, d'émotions et de styles d'adaptation en même temps durant une période brève ou plus longue. Young identifie dix modes qu'il regroupe en quatre catégories. La première catégorie, les modes de l'enfant, réfère à des modes principalement caractérisés par des états émotionnels qu'expérimente tout enfant lorsque ses besoins sont bien ou mal comblés. Face à un besoin non comblé, l'enfant peut ressentir des émotions dysphoriques comme de la tristesse, de la peur, de l'impuissance ou, à l'opposé, être en colère; cela correspond au mode « enfant vulnérable » et « enfant en colère ». Les deux autres modes de l'enfant sont appelés « enfant impulsif/indiscipliné » et « enfant heureux ». La seconde catégorie de mode est caractérisée par les trois styles adaptatifs dysfonctionnels auxquels peut avoir recours une personne : « le soumis obéissant », « le protecteur détaché » et « le compensateur ». La troisième catégorie, les modes du « parent dysfonctionnel », réfère aux modes « parent punitif » et « parent exigeant »; ils réfèrent à deux styles éducatifs nocifs, qui ont pu être internalisés et deviennent une attitude adoptée face à soi-même: « [...] ils deviennent leur propre parent et ils se traitent eux-mêmes comme le parent les a traités lorsqu'ils étaient enfants » (Young et al. 1995, p.349). Finalement, le dernier mode qui constitue une catégorie distincte, le mode « adulte sain », correspond à l'état d'un patient qui tente de gérer les autres modes et réussit à combler ses besoins adéquatement de façon mature et adaptée.

À différents moments ou à des périodes de vie différentes, un patient peut se trouver dans des modes différents. Par exemple, un homme qui présente un schéma « abandon » pourrait se retrouver dans le mode « enfant en colère » lorsqu'il est en couple et craint qu'on l'abandonne et dans le mode « enfant vulnérable » lorsqu'il se résigne à être seul. Il pourrait également tantôt avoir recours à un style d'adaptation et tantôt à un autre; par exemple dans le mode « protecteur détaché » il pourrait tenter de nier son attachement pour ne pas souffrir advenant une éventuelle rupture ou alors dans le mode « compensateur » dire à sa conjointe qu'il ne tient plus à elle alors que ce n'est pas le cas.

Le concept de mode peut sembler superflu puisqu'il est essentiellement défini en référence à d'autres concepts du modèle de Young. En quoi le mode est-il un apport pertinent? Mentionnons déjà que ce concept permet de fournir une explication imagée et rapide de l'état psychologique d'un patient potentiellement affecté par l'activation de plusieurs schémas à la fois et ayant recours à des styles d'adaptation. Puisque les modes les plus fréquents d'un patient sont identifiés durant la thérapie, il est ainsi souvent plus aisé de parler des modes que d'énumérer la combinaison de schémas et des styles d'adaptation qui se manifestent. Signalons également que, tout comme Young (2005) le mentionne, plus un patient présente de schémas et de style d'adaptation différents, bref plus le nombre d'états dans lesquels il se retrouve suite à l'activation de schémas sont nombreux, plus le concept de mode s'avère pertinent. Selon Young, ce serait presque toujours le cas avec les patients présentant un trouble de la personnalité état-limite.

Le maintien des schémas

Les schémas « se battent pour survivre » (Young et al., 2005, p.35) selon la formule de Young. Ils auraient tendance à perdurer au cours de la vie. « Certains auteurs parlent du besoin d'une continuité cognitive, dont le but est le maintien d'une vision stable de soi-même et du monde, même si celle-ci est en fait imprécise ou erronée. » (Young et al., 2005, p.34). Plusieurs mécanismes contribuent au maintien des schémas : des mécanismes cognitifs, comportementaux ainsi que les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles.

Premièrement, les personnes interprètent les situations qu'elles vivent de manière à confirmer les croyances à la base de leurs schémas. Globalement, ces croyances décrivent pour ces personnes la possibilité que leurs besoins puissent être comblés ou non selon des caractéristiques inhérentes de leur personnalité (dans le cas du schéma « imperfection » par exemple), selon les autres (dans le cas du schéma « méfiance » par exemple) ou selon leur conception du monde (dans le cas du schéma « peur du danger » par exemple). La confirmation de ces croyances se fait par le biais de distorsions cognitives « qui accentuent les informations qui confirment le schéma et minimisent ou dénie celles qui le contredisent » (Young et al., 2005, p.59).

Deuxièmement, les personnes présentant des schémas inadaptés s'engagent dans des scénarios de vie défaitistes (Young et al., 2005, p.59) de manière répétée. Elles font en sorte de recréer involontairement les conditions infantiles à l'origine des schémas inadaptés puisque ceux-ci « jouent un rôle majeur dans leur façon de penser, de

ressentir, d'agir et d'entrer en relation avec les autres » (Young et al., 2005, p.36). Ces conditions concernent le choix de situations ou de relations qui réactivent et confirment les schémas. Par exemple, une femme présentant un schéma « imperfection » qui établirait des relations amoureuses nocives avec des hommes très critiques et dévalorisants.

Enfin, les mécanismes d'adaptation aux schémas ainsi que les schémas conditionnels contribuent également au maintien des schémas. La personne qui se soumet à son schéma ne cherche pas à le modifier ni à modifier les mécanismes de maintien décrits précédemment parce qu'elle ne croit pas que cela est possible. Conséquemment elle recherche des situations qui activent et confirment son schéma. La personne qui évite d'activer son schéma ainsi que la personne qui cherche à le compenser maintiennent également leurs schémas. Par définition, lorsqu'on évite quelque chose c'est parce qu'il y a un danger, une menace; l'évitement confirme la présence du schéma. La compensation constitue en quelque sorte une stratégie qui, par analogie, consisterait à augmenter le volume d'un poste de radio très fortement pour camoufler un bruit de fond; l'intensité du son ne fait que rappeler la présence du bruit dérangeant.

Après cette présentation de la théorie des schémas et de ses concepts, de l'origine des schémas et de leur maintien, le chapitre suivant élabore la méthodologie qui est appliquée dans cette étude de cas.

Méthodologie

Cet essai présente une application de la *thérapie des schémas* auprès d'une participante que nous nommerons Sophie, un nom fictif pour préserver la confidentialité. La méthodologie mise en place est celle qui est recommandée par Young et al. (2005). Elle comprend un cadre thérapeutique particulier, une partie évaluation et une partie intervention selon les modalités recommandées par Young et al. (2005). Dans ce chapitre, les étapes clés de l'évaluation, les différentes méthodes d'intervention utilisées (cognitives, comportementales, émotionnelles et relationnelles) ainsi que les questionnaires utilisés pour l'évaluation de la participante et pour l'analyse des changements psychologiques pendant la psychothérapie sont présentés.

Cadre thérapeutique

Dès le début de la thérapie, la participante a été informée de la possibilité de participer à une étude de cas. Toutes les modalités et implications de la participation à cette expérimentation lui ont été expliquées et un formulaire de consentement a été signé par cette dernière. Les rencontres de psychothérapie ont eu lieu en bureau privé pendant deux années et demie, soit environ une centaine de rencontres. Comme c'est le cas dans le cadre d'une thérapie en bureau privé, la participante devait déboursier des honoraires pour chaque rencontre.

Évaluation

Cette partie décrivant l'évaluation comprend une partie principale portant sur la précision des scénarios dysfonctionnels et sur l'identification des schémas, suivie d'une partie sur la validité des questionnaires et finalement sur la correction des questionnaires.

La précision des scénarios dysfonctionnels et l'identification des schémas

Young propose une évaluation clinique qui poursuit six objectifs

1. Identification des scénarios de vie dysfonctionnels
2. Identification et activation des schémas précoces inadaptés
3. Compréhension des origines des schémas dans l'enfance et l'adolescence
4. Identification des styles et des réponses d'adaptation
5. Diagnostic du tempérament émotionnel
6. Conceptualisation du cas (Young et al. 2005 p.101)

L'évaluation cherche à cerner d'abord les scénarios de vie autodestructeurs : « [...] des cycles qui se perpétuent à long terme, ils concernent les relations interpersonnelles et professionnelles, et ils sont responsables d'insatisfaction et de symptômes cliniques. » (Young et al., 2005, p.102). Ainsi, le thérapeute doit obtenir de l'information pour conceptualiser le cas de son patient de manière à mettre en lien ces scénarios de vie qui sont problématiques en faisant référence aux concepts centraux de la *thérapie des schémas*. Ces scénarios sont constitués par des réactions problématiques récurrentes qui accompagnent des événements qui déclenchent des schémas. Le thérapeute doit repérer les modèles récurrents de réactions problématiques.

Young propose diverses méthodes diagnostiques : « La phase diagnostique présente un aspect à la fois intellectuel et émotionnel. Les patients identifient leurs schémas de façon rationnelle en utilisant les questionnaires, la logique, les arguments empiriques, mais ils vivent également leurs schémas sur le plan affectif grâce aux techniques émotionnelles telles que l'imagerie. » (Young et al., 2005, p.103). Les techniques cognitives d'évaluation consistent à questionner le patient de manière à recueillir sur un mode intellectuel des informations sur son contexte de vie général, les motifs de consultation, ses problèmes actuels et ses attentes de changement, mais également sur les manifestations cognitives et affectives des schémas que sont en mesure d'identifier les patients, c'est-à-dire les éléments dont ils ont déjà conscience. Le thérapeute intègre également dans le processus d'évaluation les résultats aux deux questionnaires principaux élaborés par l'équipe de Young soient le Questionnaire des schémas et le Questionnaire sur les attitudes parentales.

Le thérapeute discute avec le patient des résultats et des contradictions apparentes entre les résultats aux questionnaires et l'information recueillie lors des entretiens. Des techniques comportementales comme le jeu de rôle peuvent aussi permettre au thérapeute d'identifier des éléments des scénarios de vie autodestructeurs. Il est également recommandé d'avoir recours aux techniques émotionnelles qui consistent à activer les schémas lors des rencontres, principalement en favorisant le souvenir des situations « déclencheurs » des schémas dans la vie actuelle ou passée du patient. Concrètement, cela consiste à demander au patient de se remémorer des événements de

sa vie où il ressent des émotions pénibles ou, dans les termes de Young, lorsqu'il se retrouve dans les modes dysfonctionnels et de lui demander de décrire les différentes manifestations du schéma : cognitions, sensations, comportement ou souvenirs associés. Les techniques dites relationnelles sont également mises à contribution et consistent à observer le patient à travers ses interactions avec le thérapeute considérant que les schémas et les stratégies d'adaptation peuvent se présenter dans ce contexte relationnel.

Young insiste sur la nécessité d'identifier les schémas en utilisant une convergence d'informations de sources différentes : « Il est important que le thérapeute ne se précipite pas dans ses conclusions concernant les schémas en se basant uniquement sur le diagnostic DSM-IV, sur l'historique de vie ou sur les réponses fournies par une méthode unique de diagnostic » (Young et al., 2005, p. 104). En effet, des contextes familiaux semblables peuvent donner lieu à des schémas différents et des troubles mentaux tels que la dépression majeure peuvent être sous-tendus par des schémas différents également. De plus, les résultats aux différents questionnaires peuvent ne pas refléter la présence de certains schémas ou alors donner l'impression que certains sont présents alors que ce n'est pas le cas.

La conceptualisation du cas selon l'approche des schémas implique donc de reformuler les motifs de consultation du patient en proposant un modèle qui explique les scénarios de vie autodestructeurs en terme de schémas précoces inadaptés, de stratégies d'adaptation et de modes. Cette conceptualisation implique également d'identifier les

origines développementales des schémas et, plus précisément, les besoins infantiles mal ou non comblés au cours de l'histoire d'un individu. Également, comme les événements développementaux affectent les individus selon leur tempérament, il s'avère nécessaire de faire des hypothèses sur cet aspect de la personnalité pour rendre compte de l'origine des schémas.

La durée de l'évaluation est variable selon les patients et cela est notamment dû à leur capacité à identifier et à ressentir leurs schémas. Par exemple, un patient ayant recours aux stratégies d'évitement émotionnel pourrait rendre le processus d'évaluation plus long étant moins en contact avec ses schémas. Dans le cas de Sophie, le processus d'évaluation initial s'est échelonné sur environ cinq rencontres. Par ailleurs, les rencontres subséquentes ont permis d'obtenir de l'information supplémentaire, notamment en ce qui concerne les aspects cognitifs associés aux schémas plus subtils ou tout simplement inconscients lors de l'évaluation initiale. L'identification des scénarios de vie dysfonctionnels a été faite à partir des motifs de consultation, de l'anamnèse et des informations provenant de l'évaluation selon le DSM-IV. Les schémas découlant de ces scénarios ont ensuite été validés par le Questionnaire sur les schémas et le Questionnaire sur les attitudes parentales. L'activation des schémas a été faite à l'aide de questions relatives à des situations « déclencheurs » de ses schémas sur lesquelles la participante était questionnée ou auxquelles nous lui demandions de se souvenir ou alors simplement en observant ses réactions lors des rencontres face à certaines contingences pertinentes. L'analyse des informations recueillies concernant la réponse aux besoins

fondamentaux durant l'enfance ainsi que les hypothèses faites par rapport au tempérament de la participante ont également servi lors de l'évaluation.

Validation des questionnaires

Young a développé trois versions du *Questionnaire sur les schémas*. (Young & Brown, 1990, 1994, 2001, 2003). D'abord dans une version qui contenant 205 items et concernait 16 schémas. Par la suite, Young et son équipe ont développé une version courte de ce questionnaire qui comprenait 75 items et qui concernait 15 schémas. Le schéma « non-désirabilité sociale » a été abandonné suite aux résultats d'études qui n'appuyaient pas sa validité (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995). Les schémas « exclusion », « punition » et « recherche d'approbation » ont été ajoutés aux 15 schémas validés empiriquement et font partie de la troisième version du *Questionnaire sur les schémas* qui contient 232 items et qui est celle qui est utilisée dans le cadre de cet essai. La traduction française de cette version a été faite par Cousineau et Pascal et est publiée dans différents ouvrages (Cottraux & Blackburn, 2006).

Trois équipes de chercheurs se sont penchées sur les propriétés psychométriques de la version courte du questionnaire (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002; Lee, Taylor & Dunn, 1999; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995). L'équipe de Smith a conduit trois études incluant plus de 1000 sujets d'une population non clinique. Les analyses factorielles appuient 15 des 16 schémas concernés dans cette version. Les résultats de Smith et son équipe appuient également la fidélité *test-retest*, la cohérence

interne ainsi que des indices de validité convergente et divergente avec des outils psychométriques associés à la détresse psychologique et la présence de symptômes sur l'axe II du DSM-IV. L'étude de Lee et al. (1999) sur une population non clinique appuyait les 16 facteurs du questionnaire dans sa version courte. Les analyses factorielles de Welburn et al. ont été faites à l'aide d'une population clinique; elles appuyent 15 schémas du questionnaire dans sa version courte ainsi que sa consistance interne et sa validité de construit.

Stopa, Thorne, Waters et Preston (2001) ont comparé les versions longue et courte du *Questionnaire sur les schémas* qui portent sur les 16 schémas initiaux. Les résultats de cette étude démontrent que les deux questionnaires ont le même degré de validité interne et de fidélité et présentent une bonne validité concurrente. Ils semblent donc que l'une ou l'autre forme du questionnaire peut être utilisée.

La version francophone du *Questionnaire sur les schémas* (forme courte) a été étudiée par Mihaescu et al. (1997) et appuie également la validité convergente de cet outil avec des questionnaires qui mesurent les symptômes des troubles de la personnalité sur l'Axe II du DSM-IV. Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard et Martin (2006) ont aussi étudié cette traduction française du *Questionnaire sur les schémas* sur une population non clinique. Leurs analyses factorielles ont appuyé 14 des 16 schémas que proposait Young dans cette version. Les schémas « fusion » et « contrôle de soi insuffisant » ne constituaient pas des facteurs indépendants selon les analyses

factorielles, mais faisaient partie d'un facteur plus général associé à un des cinq domaines proposés par Young, celui appelé « manque de limite ».

Selon nos recherches, aucune étude à ce jour ne s'est penchée sur la version longue du *Questionnaire sur les schémas* et n'a encore pu valider les trois schémas qui ont été ajoutés dans la dernière version.

Procédure de correction des questionnaires

Le *Questionnaire des schémas* et le *Questionnaire sur les attitudes parentales* présentent des énoncés associés à chacun des schémas. Ils réfèrent principalement à des composantes et des manifestations typiques de ces schémas. Le participant doit fournir une cote pour chacun de ces énoncés sur une échelle ordinale et qualitative allant de 1 « Complètement faux pour moi » à 6 « Me décrit parfaitement » ou 1 « Absolument faux » à 6 « Le ou la décrit parfaitement » dans le questionnaire portant sur les parents.

Le *Questionnaire des Schémas de Young* a été rempli par Sophie dans la version longue (YSQ-L3). Young propose d'interpréter les résultats à ces deux questionnaires en s'attardant aux énoncés sur lesquels les patients ont répondu par des cotes 5 « le plus souvent vrai pour moi » ou 6 « me décrit parfaitement » pour au moins trois questions se rapportant à un schéma et de leur demander des explications. Comme Young (2005) le suggère, nous avons représenté les résultats en traduisant en pourcentage le ratio correspondant à la somme des réponses associée aux cotes 5 et 6 par rapport au nombre

d'items pour chaque schéma. Nous obtenons ainsi le pourcentage des réponses 5 et 6 par rapport au nombre d'items total. Par la suite, nous avons discuté avec la participante des schémas qui présentaient les pourcentages les plus élevés.

Les méthodes d'intervention

La *thérapie des schémas* par ses méthodes d'intervention a pour but de diminuer l'intensité des éléments et des réactions problématiques associées aux schémas:

Comme le schéma est un ensemble de souvenirs, d'émotions, de sensations corporelles et de cognitions, la guérison des schémas est la réduction de l'intensité de tous ces éléments; elle fait aussi intervenir la modification comportementale : les styles d'adaptation dysfonctionnels seront remplacés par des modèles comportementaux adaptés. (Young et al., 2005, p. 61)

Young précise que les schémas restent souvent présents, mais diminuent en intensité au cours d'une thérapie. Les schémas continuent à être activés par des situations qui les déclenchent, mais la force des croyances y étant associées diminue, les patients en sont moins affectés émotionnellement et apprennent à y réagir de manière plus adaptée. Young propose quatre types de techniques d'intervention : cognitives, comportementales, émotionnelles et relationnelles qui seront maintenant présentées, suivies de l'efficacité thérapeutique de cette approche.

L'intervention : méthodes cognitives

Les méthodes cognitives visent à aider le patient à remettre en cause les croyances de leurs schémas. Le patient doit pouvoir remplacer les croyances de son schéma par des croyances qui concordent plus avec la réalité : « C'est à travers les stratégies cognitives que le patient va reconnaître en premier le caractère inadapté de son schéma soit parce qu'il est faux ou grandement exagéré » (Young et al., 2005, p.134). Ainsi, le thérapeute doit aider le patient à contredire ses croyances avec des arguments rationnels ou empiriques. Le patient doit prendre conscience des biais cognitifs qu'engendre le schéma et modifier ses interprétations des situations « déclencheurs » en conséquence. Les techniques cognitives sont efficaces lorsque le patient reconnaît le caractère erroné de ses croyances et de ses interprétations; cela n'implique pas automatiquement un changement au niveau émotionnel de l'emprise des schémas « (...) même si certains patients ressentent encore ce schéma comme vrai, ils savent déjà intellectuellement qu'il est faux » (Young et al., 2005, p.134). En termes de « modes », le patient doit arriver à faire dialoguer son mode « adulte sain », un mode qui sait répondre à ses besoins adéquatement et qui n'est pas biaisé cognitivement sous l'emprise des schémas, avec les autres modes dysfonctionnels.

Young (2005) suggère six étapes d'intervention cognitive. Premièrement, pour tester la validité d'un schéma, le thérapeute et le patient discutent des arguments et des contre-arguments aux croyances qui lui sont principalement associées. Deuxièmement, des explications alternatives aux arguments en faveur des schémas sont discutées. Ces

explications alternatives peuvent se rapporter à des situations vécues dans le passé du patient ou tirées des situations qu'il rencontre actuellement. Troisièmement, le patient est amené à évaluer les avantages et les inconvénients des réponses d'adaptation aux schémas. Rappelons que les réponses d'adaptation sont principalement de nature comportementale, mais également cognitive (par exemple, des croyances conditionnelles qui prescrivent certains comportements) ou émotionnelle (par exemple, l'inhibition émotionnelle qui constitue une forme d'évitement). À cet égard, le thérapeute tentera de persuader son patient que ces stratégies pouvaient être adaptées durant l'enfance bien qu'elles ne le soient plus maintenant. Quatrièmement, Young propose de faire dialoguer le côté sain de la personne et le côté malsain associé aux schémas dysfonctionnels. Une cinquième étape consiste à remplir avec le patient une fiche où les principaux éléments associés à un schéma sont décrits : déclencheur, origine du schéma, cognitions dysfonctionnelles et les contre-arguments qui les réfutent ainsi que les comportements inadaptés associés. Les cognitions plus réalistes et les comportements plus adaptés sont inscrits sur cette fiche qui tient lieu d'aide-mémoire pour rappeler au patient les changements discutés et acceptés lors des séances. Bref, cette fiche constitue un résumé des éléments constituant la réponse malsaine d'un schéma à son corolaire sain. Elle est utile dans la mesure où le patient peut l'avoir sur lui et y référer quand ses schémas sont activés. Young (2005) donne le nom de fiche mémo flash à cet outil de recadrage qui se trouve en fait à être un résumé du travail de restructuration cognitive et de changements comportementaux que le patient cherche à intégrer. Finalement, Young (2005) suggère également d'avoir recours à ce qu'il appelle le Journal des schémas (Young et al., 2005)

qui est une feuille d'enregistrement des pensées associées aux émotions pénibles tel que proposé par plusieurs auteurs (Beck 1979; Ellis 1977); le patient y note les situations qui activent ses schémas entre les rencontres et tente de trouver une réponse cognitive et comportementale adaptée sans l'aide du thérapeute.

Young (2005) ne réfère pas explicitement aux auteurs desquels il semble s'inspirer, mais souligne tout de même que les techniques cognitives utilisées pour tester la validité des schémas sont les mêmes que celles utilisées dans les thérapies cognitives pour le traitement des troubles de l'axe I (APA 1994). Il mentionne également qu'un des trois principaux mécanismes de maintien des schémas sont les distorsions cognitives, des erreurs logiques d'interprétation de la réalité, telles que décrites par Beck (1979, 1985, Alford & Beck 1997) dans plusieurs ouvrages. Ainsi, les techniques associées aux modèles classiques d'intervention cognitive (Beck, 1979, 1985; Ellis, 1997) que l'on retrouve dans plusieurs ouvrages de thérapie cognitive (Beck, 1995; Chaloult, 2008; Leahy, 2003; Cottraux 1992, 2001) peuvent être mises à profit pour identifier et confronter les croyances associées aux schémas.

L'intervention : Méthodes comportementales

Les méthodes comportementales ont pour but de modifier les stratégies d'adaptation aux schémas et de les remplacer par des stratégies comportementales plus adaptées. Le thérapeute doit enseigner au patient à adopter des comportements qui vont leur permettre de combler adéquatement les besoins concernés par les schémas plutôt

que de perpétuer les carences et de maintenir les schémas. Les techniques de jeu de rôle et de *modelling* (Chaloult, 2008, Cottraux 2001, 1992) peuvent être mises à profit.

L'intervention : Méthodes émotionnelles

Ces méthodes visent deux buts selon Young (2005): « déclencher les émotions liées aux schémas [...] et *re-materner* le patient de façon à guérir ses émotions et à combler partiellement ses besoins infantiles insatisfaits. » La technique de l'imagerie et la lettre au parent sont deux méthodes émotionnelles décrites par Young. Les techniques émotionnelles sont un apport essentiel selon Young en tant qu'elles permettent une compréhension émotionnelle du schéma que les techniques cognitives n'atteignent souvent pas: « À la fin de l'étape cognitive, le patient dit souvent, « sur un plan rationnel je comprends que mon schéma n'est pas vrai, mais je ressens toujours la même chose. » (Young et al. 2005, p.169). Cette technique consiste à proposer au patient de se remémorer des événements de son enfance d'où proviennent ses schémas, c'est-à-dire où les besoins ont été carencés ou mal comblés par l'environnement, généralement par un parent. Le patient tente de se remémorer avec le plus d'acuité possible (par exemple, en décrivant, l'environnement physique, les sensations corporelles, etc.) les situations où les schémas se sont construits et d'exprimer ce qu'il a ressenti et pensé à ces moments. Dans un premier temps, le thérapeute doit *re-materner* le patient, c'est-à-dire valider le patient dans ce qu'il a ressenti et dans la légitimité des besoins sous-jacents non comblés. Graduellement, le patient doit apprendre à restructurer cognitivement, *re-materner* et valider son mode « enfant vulnérable » à l'aide du mode « adulte sain ». Le

thérapeute peut également proposer de faire dialoguer « l'enfant vulnérable » avec le parent en *imagination*. Cette technique d'intervention est fortement inspirée d'une technique de la *Gestalt-thérapie* appelée la « chaise vide » qui est également utilisée pour favoriser la restructuration cognitive et développée par des auteurs comme Perls (1969). En termes de mode, le patient doit faire dialoguer ses modes « enfant vulnérable », « adulte sain » et « Parent dysfonctionnel ». Le patient doit exprimer ce que « l'enfant vulnérable » et son parent ont pu penser et ressentir à l'époque pour favoriser une compréhension réciproque des réactions de l'un et l'autre; les situations à l'origine des schémas sont en quelque sorte rejouées durant les séances de thérapie. Le patient doit exprimer ce que « l'enfant vulnérable » en lui aurait souhaité de la part de son parent et joue le rôle de ce dernier pour lui répondre selon ce qu'il croit être les raisons explicatives du comportement du parent à l'époque. Le thérapeute peut, à chacune des étapes de l'imagerie, suggérer des émotions, des pensées ou des hypothèses explicatives du comportement du parent si le patient en semble incapable par lui-même.

La technique de l'imagerie vise plusieurs objectifs. Le patient doit comprendre l'origine de ses schémas, mais aussi intégrer que ses besoins non comblés étaient légitimes à l'époque et qu'ils le sont encore actuellement. En ce sens, le patient est encouragé à exprimer de la colère face au parent qui ne lui a pas fourni ce dont il avait besoin : exprimer sa colère et chercher à faire valoir ses droits vis-à-vis du parent offenseur donne un grand pouvoir au patient. La colère donne une puissance émotionnelle pour combattre le schéma (Young et al. 2005, p. 170). Le patient doit

également exprimer de la souffrance envers le parent et cette époque de sa vie puisque cela renforce l'idée que cette souffrance est essentiellement orientée vers des évènements passés : une autre raison pour exprimer de la colère contre le parent est d'aider à acquérir une distance émotionnelle envers le schéma (Young et al., 2005, p.172).

L'intervention : Méthodes relationnelles

Les méthodes relationnelles, durant la phase du changement, visent l'objectif de *re-parentage* partiel : « Selon le cas, le thérapeute devra donc générer de la confiance, fournir de la stabilité, aider à grandir émotionnellement, encourager l'indépendance, faire preuve de pardon. » (Young et al., 2005, p.235). Le thérapeute aura déterminé durant la phase d'évaluation les besoins qui n'ont pas été comblés par les parents et, dans les limites du cadre thérapeutique, tentera de fournir au patient une réponse partielle à ces besoins. Young réfère au concept d'expérience émotionnelle correctrice (Alexander et French, 1946, cité par Young et al. 2005). Il semble que cela puisse d'une part, permettre au patient de vivre l'expérience de ses besoins partiellement comblés, ce qui entraîne une baisse de la détresse émotionnelle lui permettant éventuellement de « prendre le relai » et de combler lui-même ses besoins; d'autre part, cela lui permet de remettre en questions les croyances voulant que ses besoins ne soient jamais comblés. Par exemple, considérons un patient qui présente un schéma inconditionnel « imperfection » ayant développé un schéma « inhibition émotionnelle » qui lui dicte de ne pas exprimer ses émotions de peur d'être jugé faible et d'être rejeté; le thérapeute qui

l'encourage à exprimer ses émotions et le valide lui permet de ressentir le « bien-être » généré par l'expression émotionnelle auprès d'une personne empathique qui ne le juge pas. Cela peut constituer une première étape préalable à l'expression émotionnelle dans sa vie personnelle.

Efficacité de la thérapie des schémas

Giesen-Bloo et son équipe (2006) ont étudié les résultats d'une thérapie effectuée selon le modèle des schémas de Young et selon un modèle psychodynamique basé sur l'analyse du transfert auprès de patients souffrant de trouble de la personnalité état-limite. L'échantillon comprenait plus de 80 patients et la thérapie s'est échelonnée sur trois années. Les résultats sont significatifs. Plus de 50 % des patients du groupe de la thérapie des schémas présentaient une rémission complète, un résultat deux fois plus élevé qu'avec la thérapie orientée sur le transfert. Ces patients présentaient également un taux d'attrition moins élevé. Il est à noter que les ouvrages de Young (1990, 2005) qui présentent la *thérapie des schémas* sont relativement récents et que des études ultérieures susciteront probablement d'autres critiques de cette théorie.

Évaluation des résultats

La participante a répondu au *Questionnaire sur les schémas* et au *Questionnaire sur les attitudes parentales* lors d'une deuxième passation deux années et demie après l'évaluation initiale. Les résultats comparés à ceux de la première passation ont été

discutés avec la participante dans le but d'identifier les raisons des différences dans les réponses, donc des changements opérés chez elle entre ces deux périodes.

Pour compléter l'évaluation des résultats, la participante a répondu à un questionnaire sur des changements qu'elle avait pu observer en lien avec ses scénarios de vie dysfonctionnels et ses motifs de consultation initiaux, et ensuite sur le lien possible entre ces changements et les différentes méthodes d'intervention utilisées. Pour chaque changement reconnu, la participante devait préciser si elle l'attribuait à la psychothérapie ou à des changements dans son contexte de vie ou autre? Cette spécification visait à diminuer l'impact possible du biais de désirabilité sociale qui pourrait faire en sorte que la participante croit qu'elle doit expliquer tout changement par la thérapie alors que ce n'est pas nécessairement le cas. Le thérapeute discutera avec la participante des réponses fournies à ce questionnaire.

Après cette partie portant sur la méthodologie, la partie qui vient présentera les résultats de l'évaluation et l'histoire de cas.

Histoire de cas et évaluation

Ce chapitre présente le processus d'évaluation s'étant échelonné sur cinq rencontres. Par ailleurs, les rencontres subséquentes ont permis d'affiner l'évaluation initiale. Nous présenterons les caractéristiques générales de la participante Sophie, son contexte de vie et ses antécédents en santé mentale. À travers ses motifs de consultation, nous présenterons ses scénarios de vie dysfonctionnels et les hypothèses de schémas qui leur sont associés. Suivra une évaluation de ses difficultés actuelles selon la nosographie du DSM-IV (APA, 1996). Par la suite, les résultats aux deux questionnaires développés par Young et son équipe ainsi que l'investigation de la réponse aux besoins fondamentaux durant l'enfance de Sophie seront présentés. Finalement, nous présenterons une synthèse des difficultés vécues par Sophie selon l'approche des schémas c'est-à-dire en identifiant ses schémas inconditionnels et conditionnels ainsi que ses stratégies d'adaptation.

Caractéristiques générales et contexte de vie

Sophie est une étudiante universitaire âgée de vingt ans qui vit en couple et qui n'a pas d'enfant. Au début de la psychothérapie, elle débute alors un baccalauréat et elle est acceptée aux études supérieures en cours de suivi. Elle occupe un emploi à temps partiel. Elle cohabite aussi avec son frère et elle entretient des rapports réguliers avec ses parents qui vivent ensemble. Elle dit également entretenir plusieurs relations d'amitié. Elle s'adonne à des loisirs et des activités typiques.

Antécédents en santé mentale

À l'âge de 17 ans, Sophie aurait reçu le diagnostic de dépression majeure et d'anorexie mentale qui aurait débuté au milieu de l'adolescence. Durant cette période, la participante rapporte avoir eu une crise de boulimie par semaine et s'être fait vomir après chaque repas. Elle avait également perdu beaucoup de poids. Elle rapporte un indice de masse corporelle de 14 à cette époque. Suite à ce diagnostic, Sophie a suivi un traitement aux antidépresseurs pendant six mois. Elle a également fait une psychothérapie et participé à des rencontres avec une nutritionniste pendant sept mois. Suite à ces traitements, et jusqu'à son entrée à l'université, une année avant le début de la présente thérapie, elle affirme ne pas avoir été particulièrement préoccupée par son poids ni par l'alimentation et avoir eu un régime alimentaire normal. L'état dépressif s'était également totalement résorbé.

Les motifs de consultation, les scénarios de vie dysfonctionnels et les schémas associés

De façon générale, Sophie souhaitait à nouveau poursuivre une psychothérapie essentiellement suite à la réapparition des symptômes d'un trouble alimentaire et des émotions dysphoriques fréquentes, tels que l'anxiété, la tristesse, la culpabilité ou le découragement, de plus en plus fréquents depuis son entrée à l'université. Le premier motif de consultation de Sophie a trait à son estime personnelle et le deuxième, concerne la sphère des études et du travail. Dans ce cas-ci, chaque motif de consultation est associé à un schéma inconditionnel central ainsi qu'à des schémas conditionnels qui

constituent des stratégies d'adaptation aux schémas centraux. Les principales caractéristiques des schémas identifiés chez Sophie sont présentées dans l'Appendice A.

Premier motif de consultation

Le premier motif de consultation permet déjà d'identifier des signes de schémas significatifs qui sont présentés ci-dessous.

Schéma « imperfection »

Le premier motif de consultation de Sophie concerne le schéma « imperfection ». Sans ambiguïté, la perception qu'elle a d'elle-même est une image très négative où elle se considère constamment inadéquate et « pas correcte ». Lorsqu'elle croit être l'objet d'une critique réelle ou anticipée concernant un trait de caractère ou un comportement qu'elle croit socialement perçu comme condamnable, cela active son schéma « imperfection ». Elle croit que les gens posent ou poseraient potentiellement un jugement critique envers elle lorsqu'elle ressent des sentiments négatifs (tristesse, colère...), qu'elle priorise ses besoins sur ceux des autres, refuse des demandes ou lorsqu'elle ne correspond pas à un idéal de minceur fortement sous la normale. Ces situations constituent des déclencheurs de son schéma et provoquent une humeur dysphorique : dégoût d'elle-même, tristesse, honte, culpabilité et irritabilité. Conséquemment, Sophie a peur de dire ou de faire quelque chose d'inadéquat et surtout que les autres s'en rendent compte et qu'ils la jugent négativement. Elle présume constamment que les autres la jugent même sans qu'elle reçoive des commentaires de

cette nature. Elle craint donc d'être perçue comme étant désagréable, égoïste, vantarde ou déplacée et conséquemment se juge souvent comme telle. Concernant son image corporelle, elle craint qu'on la considère laide et trop grosse, et qu'on attribue cela à une mauvaise alimentation et à un manque d'exercice physique qui seraient des preuves de sa paresse et de son manque de volonté. Ces manifestations sont typiquement associées au schéma « imperfection » qui est présent et central. Quand ce schéma est activé, Sophie se juge donc inférieure et inadéquate au niveau de sa personnalité et aussi de son apparence physique. L'extrait suivant illustre des manifestations du schéma « imperfection » :

- Thérapeute : Quand tu penses à toi, ce que tu es comme personne, que ressens-tu et qu'est-ce qui te vient en tête le plus fréquemment?
- Sophie : C'est constant. Je me sens honteuse, coupable ou découragée par ce que je ne réussis pas à faire.
- Thérapeute : Comme quoi?
- Sophie : N'importe quoi... Des erreurs, des oublis, que je n'en fais pas assez, que je suis égoïste ou lâche. J'essaie toujours de faire le plus possible, d'être irréprochable pour ne pas me sentir comme ça.
- Thérapeute : Est-ce que tu réussis?
- Sophie : Non... Et ça me décourage encore plus quand je ne réussis pas.
- Thérapeute : Qu'est-ce qui se passe dans ces moments-là.
- Sophie : Souvent je vais essayer de maigrir. Je me dis qu'au moins, malgré mes défauts, je vais m'arranger pour ne pas être grosse.
- Thérapeute : Donc maigrir est pour toi une façon de compenser pour les autres défauts que tu as ou erreurs que tu commets?

-Sophie : Oui c'est ça, mais ce n'est pas seulement ça, je crois. Parfois c'est comme si je me punissais...

Schéma « exigences élevées » : stratégie de compensation

Sophie a recours à une stratégie de compensation pour gérer son schéma « imperfection », c'est-à-dire qu'elle adopte une attitude paradoxalement contraire à ce que lui dicte ce schéma; cette stratégie constitue un schéma conditionnel en soi. Elle tente d'être parfaite au niveau social et au niveau de son alimentation. Elle tente de répondre parfaitement aux demandes qu'on lui fait. Elle tente de restreindre au maximum son alimentation, saute des repas et ne se permet pas de manger des aliments qu'elle juge trop caloriques pour être certaine d'avoir des habitudes alimentaires parfaites. Elle fait également de la course à pied parfois pendant plusieurs heures jusqu'à ce qu'elle ait l'impression qu'elle ne pourrait en faire davantage au point parfois de frôler l'évanouissement. Lorsqu'elle a l'impression d'être inadéquate, peu importe si ce sentiment est en lien avec son apparence ou pas, elle gère l'anxiété, la honte et la tristesse qu'elle ressent en intensifiant sa restriction alimentaire et son niveau d'exercices physiques. Elle dit que cela l'apaise. Bref, elle se comporte de manière opposée à sa croyance voulant qu'elle soit inadéquate (schéma « imperfection »).

Schémas « recherche d'approbation » : stratégie d'évitement

Sophie cherche également à éviter l'activation de son schéma « imperfection » à travers le schéma « recherche d'approbation ». Elle dit être constamment hypervigilante dans les situations sociales. Elle tente de se conformer à ce qu'elle croit que les autres

attendent d'elle et d'éviter ainsi la désapprobation. Elle évite de faire des demandes, de dire ou de faire quoique ce soit qui pourrait être critiqué. Elle anticipe la désapprobation, même si dans les faits, elle ne rapporte que rarement que des gens l'aient effectivement critiquée. Les normes sociales et les critères de jugement qu'elle attribue aux autres sont ceux de la perfection; il existe donc un lien étroit entre les schémas « exigences élevées » et « recherche d'approbation ».

Schéma « inhibition émotionnelle » : stratégie d'évitement

Conformément à son schéma « imperfection », Sophie craint d'avoir plusieurs défauts de caractère, notamment celui d'être exigeante, vantarde ou méchante à travers les sentiments qu'elle éprouve ou des jugements négatifs qu'elle aurait envers les autres. Ressentir de la colère, de l'exaspération ou de la déception envers autrui active son schéma « imperfection ». Ainsi, elle s'efforce de ne pas ressentir ces émotions et cela constitue une stratégie d'évitement à travers le schéma « inhibition émotionnelle ». Ainsi, quand une collègue ne fait pas son travail adéquatement et que cela empiète sur ses responsabilités ou celles des autres, elle tente de nier les émotions négatives qu'elle ressent et ne les exprime jamais.

Schéma « punition » : stratégie de soumission

Le schéma « punition » constitue une stratégie de soumission au schéma « imperfection ». Lorsqu'elle fait une erreur ou prend un ou deux kilos, elle se traite de « stupide » ou de « grosse laide » et ressent le besoin de se punir. Lorsqu'on la

questionne sur son jugement par rapport à ses défauts ou ses imperfections, elle rapporte ne jamais tenir compte de circonstances atténuantes ou de raisons qui la rendraient moins répréhensible. Elle dit également que ses comportements de restriction alimentaire, outre lui permettre de répondre à ses exigences de minceur, assouvissent une envie de se punir.

Deuxième motif de consultation

Le deuxième motif de consultation concerne le schéma « échec ». Tout comme pour le schéma « imperfection », il concerne également l'image de soi, mais dans un domaine plus circonscrit soit celui de la performance scolaire et professionnelle : la participante doute de sa compétence, est insatisfaite de ses résultats qu'elle croit être des preuves de son incompétence et elle craint l'échec. L'extrait suivant présente les principales composantes du schéma « échec » :

- Sophie : Je suis tout le temps insatisfaite de moi-même. J'ai toujours été comme ça. Au secondaire j'avais une moyenne de 90 %, si j'avais 85 %, je paniquais. Je me demandais ce que j'avais fait pour que mes notes baissent et je redoublais d'effort pour le prochain examen. Une fois, un professeur a dit devant les autres étudiants que j'avais eu 100 %. J'ai ressenti une forte anxiété.
- Thérapeute : Tu n'étais pas fière de toi, tu ne ressentais pas l'excitation d'être la meilleure, d'une réussite exceptionnelle?
- Sophie; [elle semble surprise, ma question semble la confronter à une interprétation de la situation très loin de la sienne] Ça voulait dire que je ne pouvais pas avoir moins sinon tout le monde serait déçu. Ça me mettait une grande pression.

- Sophie : Si je me lève plus tard la fin de semaine que durant la semaine, je me trouve lâche et je me sens coupable. Durant la semaine je ne prends pas de pause d'étude, je mange en travaillant. Je peux travailler de 8 h le matin à 11 h du soir sans m'arrêter. J'ai peur de ne pas rentrer aux études graduées si je me laisse trop aller à de la paresse.

[...]

-Sophie : Cette semaine ça n'a pas bien été...J'ai été hyper anxieuse et déprimée. J'ai reçu une note pour un examen... J'ai eu 88 % et je m'attendais à 90 %. C'est une amie qui m'a appris ma note. J'avais le goût de pleurer. J'avais honte que cette amie ait découvert une de mes faiblesses. J'ai eu l'impression que tout allait mal dans ma vie. J'ai vomi de dégoût.

- Thérapeute : Comment évalues-tu la probabilité que ton amie te juge pour ce 88 %?

- Sophie : Très probable.

-Thérapeute : Qu'as-tu fait pour t'apaiser après avoir appris ton résultat?

-Sophie : Je suis allée au gymnase pour faire de l'exercice. Je me sentais mieux après. Je devais compenser, m'améliorer, alors la façon la plus accessible de le faire était de maigrir. Je me disais, même si je suis incompetente, au moins, je ne serai pas grosse.

-Sophie : On dirait qu'il y a quelque chose qui me pousse à toujours en faire plus et mieux. Si je ne le fais pas, je me sens incompetente.

-Thérapeute : Crois-tu que tu es moins compétente que la moyenne des gens qui t'entourent?

-Sophie : Je le pense souvent.

Schéma « exigences élevées » : stratégie de compensation

Le schéma « exigences élevées » est également une stratégie de compensation du schéma « échec ». Sophie rapporte des résultats scolaires nettement au-dessus de la moyenne des autres étudiants, mais, malgré cela, elle considère ces résultats comme des

preuves de son incompetence. Elle ne se sent compétente ou s'imagine se sentir telle que lorsqu'elle obtient des résultats parfaits, ce qu'elle s'efforce d'obtenir. Elle étudie et travaille parfois plusieurs heures des journées durant sans même s'arrêter pour manger. Si elle s'octroie des moments de détente ou de loisirs, elle ressent inmanquablement de la culpabilité et a l'impression de n'être pas digne de son programme d'étude. Ses exigences élevées l'amènent à être souvent découragée et irritée face à ses responsabilités scolaires et professionnelles qu'elle trouve accablantes. Elle rapporte le sentiment d'être submergée et de ne jamais pouvoir se reposer ou consacrer du temps à ses loisirs, à ses amis et à son conjoint. Sophie dit avoir eu des étourdissements et des trous de mémoire et attribue cela à une très grande fatigue due à un horaire de travail trop chargé. Cela témoigne du caractère excessif de son investissement dans ses études et dans son travail au détriment du plaisir et d'un niveau de détente normal; malgré ces conséquences désagréables, elle ne se considère adéquate que lorsqu'elle accomplit ses responsabilités parfaitement.

Schéma « recherche d'approbation » : stratégie d'évitement

Le schéma « recherche d'approbation » constitue également une stratégie d'évitement du schéma « échec ». Sophie croit que refuser des demandes et mettre ses limites face à son employeur et les exigences de son programme d'étude, bref tout ce qui impliquerait de diminuer la qualité ou la quantité du travail accompli est synonyme d'incompétence et sera désapprouvé. Ainsi, elle ne refuse jamais les demandes de son employeur pour qu'elle fasse des heures supplémentaires malgré le découragement et la

fatigue. Elle se sent coupable et incompétente à l'idée de refuser des demandes en général parce que l'idée de ne pas répondre favorablement à une demande lui donne l'impression d'être fautive, paresseuse, égoïste (schéma « imperfection) et aussi d'être un imposteur dont l'incompétence sera un jour démasquée. Sophie rapporte avoir l'impression qu'elle pourrait et devrait toujours en faire plus; en faire moins que le maximum qu'elle est en mesure de réaliser pourrait décevoir les gens de son entourage et pourrait l'amener à ne pas réussir ses études. Cette association entre le fait d'être fautive et incompétente en ne donnant pas son maximum, la culpabilité ressentie ainsi que la peur d'être désapprouvée témoigne des interrelations entre les schémas « imperfection », « échec », « exigences élevées » et « recherche d'approbation ». En somme, Sophie croit qu'elle est adéquate et compétente que lorsqu'elle est parfaite et évite la désapprobation.

Schéma « inhibition émotionnelle » : stratégie d'évitement

Le schéma « inhibition émotionnelle » constitue également une stratégie d'évitement de son schéma « échec ». Sophie dit ne pas exprimer ni tenir compte de sentiments tels que la tristesse, la frustration ou le découragement face à ses exigences de perfection dans la sphère du travail. Elle rapporte aussi rarement verbaliser ou prendre en considération des émotions qui l'amèneraient à modifier son niveau d'investissement face à ses responsabilités scolaires ou professionnelles ou à refuser des demandes de son employeur pour alléger sa tâche. Finalement, l'expression émotionnelle en soi est devenue pour elle anxigène.

Schéma « punition » : stratégie de soumission

Le schéma « punition » est une stratégie de soumission associée au schéma « échec » par laquelle Sophie entretient un discours intérieur sévère et culpabilisant lorsqu'elle n'atteint pas ses exigences de perfection dans ses études et son travail. Elle a l'impression qu'elle devrait être punie lorsqu'elle n'a pas des résultats scolaires parfaits ou lorsqu'elle remarque une erreur dans l'accomplissement de ses tâches.

Hypothèse sur les schémas à partir de l'évaluation de la santé mentale

L'évaluation selon les critères des troubles mentaux du *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV)* (American Psychiatric Association 2003) nous indique que Sophie présentait des symptômes du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et du trouble de la personnalité évitante sur l'Axe II et des symptômes d'un trouble comportement alimentaire d'anorexie mentale de type restrictif, voir la description de ces symptômes en Appendice B.

Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.

Sophie présente le tableau sous-clinique du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et répond à deux des critères du DSM-IV. (American Psychiatric Association 2003) Elle présente une dévotion excessive pour le travail (critère 3). Elle considère que ses accomplissements scolaires et professionnels ne sont jamais assez bien réalisés malgré des résultats scolaires très au-dessus de la moyenne; cela l'amène à accorder énormément de temps à la sphère scolaire et professionnelle au

détriment de sa vie conjugale et de ses loisirs. Elle est également très consciencieuse, scrupuleuse et rigide sur les questions de morales et d'éthique, notamment dans la sphère professionnelle (critère 4). Elle est consciencieuse et scrupuleuse au point où elle accorde énormément de temps à des détails que ses collègues jugent peu importants et ne se permet pas de « tourner les coins ronds » à l'occasion sans quoi elle se sent excessivement coupable. Le caractère scrupuleux de Sophie s'exprime également à travers des jugements sévères face à elle comme considérer qu'elle est une mauvaise personne si elle a des pensées négatives face à autrui, si une personne l'irrite, par exemple, et ce, même si elle ne laisse pas ce sentiment transparaître.

Trouble de la personnalité évitante

Sophie présente le tableau général associé au trouble de la personnalité évitante et plus précisément répond à quatre des critères du DSM-IV. (American Psychiatric Association 2003). Sophie rapporte être inhibée dans les relations sociales sauf avec des amis intimes. (critère 5) Par exemple, dans son milieu de travail, elle craint souvent de dire ou de poser un geste qui sera jugé négativement par ses pairs. Elle craint également que ses propos soient jugés comme étant peu intelligents et elle hésite donc à émettre ses opinions (critère 3 et 4). Autant dans la sphère sociale que professionnelle, la cliente se compare beaucoup aux autres : elle se juge souvent moins belle, moins intelligente, moins perspicace et moins travaillante que les autres. (critère 6).

Trouble du comportement alimentaire d'anorexie mentale

Sophie a répondu aux critères de ce trouble alimentaire de type anorexie restrictive alors qu'elle avait 17 ans. Elle présentait un indice de masse corporelle de 14.5 et cherchait encore à perdre du poids (critère A). Elle craignait de prendre du poids et était anxieuse lorsqu'elle remarquait avoir pris un ou deux kilogrammes en se pesant (critère B). Elle se trouvait grosse et rapporte ne pas avoir été consciente durant cette période des dangers associés à sa malnutrition et son poids inférieur à la normale (critère C). Finalement, elle présentait une aménorrhée (critère D). Lors du début du suivi, la cliente ne remplissait que les critères B et C et présentait donc à ce moment un trouble alimentaire de type anorexique dit sous clinique.

L'évaluation de Sophie selon les catégories du DSM-IV appuie nos hypothèses face aux schémas « imperfection », « échec », « exigences élevées » et « inhibition émotionnelle ». Les troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive et évitante (American Psychiatric Association, 2003) sont caractérisés par un perfectionnisme excessif, dans le premier cas, et par une faible estime personnelle, dans le second; ces deux traits de personnalité font conceptuellement partie des schémas « exigences élevées » et « imperfection ». En effet, plusieurs études suggèrent que les patientes souffrant de trouble alimentaire de type anorexie restrictive présentent souvent la croyance d'être inférieures et incompetentes ainsi que des exigences perfectionnistes (Brewerton, Bishop & Hand., 1993). Ces trois croyances sont les croyances centrales des schémas « imperfection », « échec » et « exigences élevées ». D'autres études ont

également mis en évidence des stratégies d'évitement émotionnel en lien avec l'anorexie. (Luck, Waller, Meyer, Ussher, & Lacey, 2005).

Young (2005) suggère également que les patients présentant un schéma « imperfection » souffrent souvent d'un trouble de la personnalité évitante, que ceux présentant un schéma « exigences élevées » présenteraient souvent un trouble du comportement alimentaire et finalement, ceux présentant le schéma « inhibition émotionnelle », un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.

Hypothèses sur les schémas à partir des observations

Nous avons observé l'activation du schéma « imperfection » à travers les rencontres. La cliente s'excusait excessivement lorsqu'elle arrivait un peu en retard ou lors de rares fois où elle avait oublié d'amener de l'argent. Ainsi, cela constituait une situation où Sophie ne réussissait pas à éviter l'activation de son schéma « imperfection » à l'aide de son schéma « recherche d'approbation » (stratégie d'évitement du schéma). De plus, la cliente avait tendance à se traiter de qualificatifs durs et dévalorisants dans ces circonstances: « Je suis donc bien conne. » Cela témoigne d'une tendance autopunitive constituante du schéma « punition ». Nous avons également observé que la participante faisait à la lettre les exercices demandés et cela témoigne de son perfectionnisme, bien que dans ce contexte, il n'ait pas été dysfonctionnel. Concernant le schéma « inhibition émotionnelle », la cliente présentait parfois peu d'affects relativement à la teneur affective de ses propos : elle abordait des situations de

son enfance pour lesquels il aurait été normal de ressentir et d'exprimer de la colère ou de la tristesse, mais n'exprimait pas ces émotions au début de la thérapie.

Hypothèses sur les schémas à partir du Questionnaire sur les schémas

Sophie a rempli le *Questionnaire sur les schémas de Young* (YSQ-L3) lors de l'évaluation. La Figure 1 à la page suivante en présente les résultats. Parmi les schémas qui obtiennent des résultats les plus élevés, on retrouve trois des schémas déjà identifiés à partir des motifs de consultation, de l'évaluation de la santé mentale ainsi que des observations faites lors des entrevues : les schémas « imperfection », « échec » et « exigences élevées ». Les schémas « recherche d'approbation » et « punition » présentent également un résultat significatif, mais moins élevé. Seul le schéma « inhibition émotionnelle » ne présentait pas d'items pour lesquels Sophie se reconnaissait particulièrement.

Sophie n'avait tout simplement pas tout à fait conscience de la présence des schémas « recherche d'approbation » et « punition » et encore moins du schéma « inhibition émotionnelle » au moment de l'évaluation et c'est pour cette raison que les résultats au questionnaire sont peu élevés concernant ces trois schémas. Concernant le schéma « recherche d'approbation », les résultats au questionnaire ne sont pas très élevés notamment parce que plusieurs énoncés de ce schéma réfèrent au besoin excessif d'être admiré, un symptôme du trouble de la personnalité narcissique tel que décrit dans le DSM IV (American Psychiatric Association 2003).

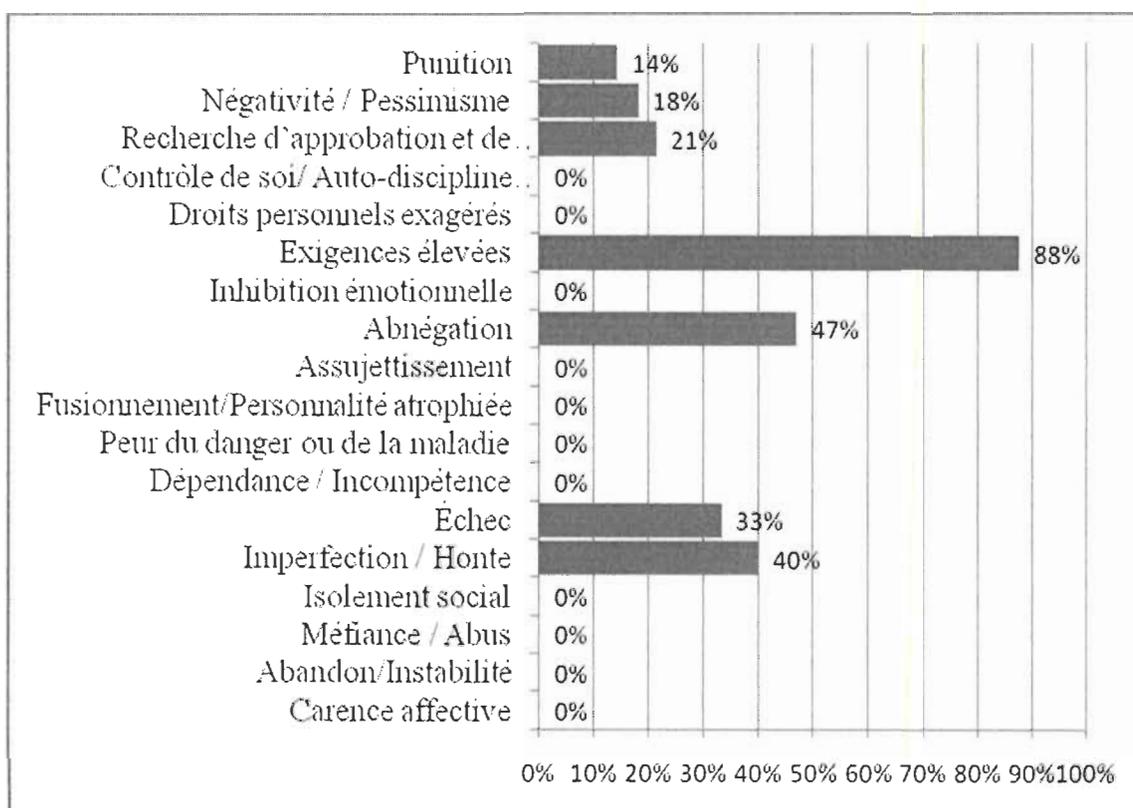


Figure 1. Résultats au questionnaire sur les schémas (YSQ-L3)

Sophie ne recherche pas l'approbation pour être admirée, mais bien pour s'assurer de ne pas être désapprouvée; la recherche d'approbation est une stratégie d'évitement et non pas de compensation comme en témoigne l'extrait suivant :

-Thérapeute : Par rapport aux autres, les gens peuvent se situer sur un continuum par rapport à l'image qu'ils veulent que les autres aient d'eux. À l'extrême du continuum, on peut être détesté, vu comme indésirable et à l'autre, on peut être admirée, enviée. Toi, est-ce que tu cherches plutôt à être admirée ou à ne pas être détestée?

-Sophie : C'est clair, je ne veux pas être admirée. Ce n'est pas ce que je cherche.

-Thérapeute : Si tu pouvais lire dans la tête des gens et que tu pouvais savoir qu'ils t'apprécient, te jugent être une personne très « correcte » sans nécessairement te trouver parfaite est-ce que tu serais apaisée.

-Sophie : Oui totalement.

-Thérapeute : Même si tu savais qu'ils ne te trouvent pas exceptionnellement admirable ou compétente dans son travail?

-Sophie : Oui.

Le schéma « abnégation » présente également un résultat élevé bien que nous ne l'avons pas retenu comme faisant partie des schémas principaux. Sophie présente effectivement des croyances et des comportements congruents avec tous les autres schémas du domaine « Orientation excessive vers les autres » que sont « assujettissement », « abnégation » et « recherche d'approbation ». Les schémas de ce domaine ont en commun des comportements de soumission qui consistent à répondre aux besoins, attentes et demandes explicites ou implicites des autres au détriment des siens. Par ailleurs, la motivation ou la raison de cette soumission diffère. Le schéma « assujettissement » consiste à se soumettre au besoin des autres, mais pour éviter une conséquence aversive qu'autrui ferait subir au patient s'il ne s'y soumettait pas (par exemple, l'abandon, la colère ou le rejet). Le schéma « abnégation » est également motivé par l'évitement d'une conséquence, mais cette fois-ci relatif à une culpabilité morale ou par une hypersensibilité face au désarroi ou à la souffrance réelle ou anticipée de la personne à qui l'on ne se soumettrait pas. Finalement, le schéma « recherche d'approbation » est motivé par l'évitement de la désapprobation, le patient veut être approuvé : « Ce que tu es ou ce que tu fais est bien ». Conceptuellement, ces schémas

sont liés, mais les schémas « recherche d’approbation » et « assujettissement » semblent plus en lien avec l’image de soi en cherchant à éviter un jugement négatif que poserait autrui sur soi (schéma « recherche d’approbation ») ou une faute morale que l’on s’attribuerait (schéma « abnégation »). Après réflexion, le schéma « recherche d’approbation » nous a semblé plus conforme aux « scénarios autodestructeurs » de Sophie qui craint d’abord le jugement d’autrui. Ainsi, même si Sophie craint les réprimandes (schéma « assujettissement ») ou alors se sent coupable lorsqu’elle ne répond pas au besoin des autres (schéma « abnégation »), ce qu’elle craint avant tout est d’être désapprouvée parce que c’est à travers le jugement des autres qu’elle s’évalue. L’extrait suivant appuie l’idée que c’est la désapprobation que craint la participante même si cette désapprobation n’entraîne pas de conséquences dans la vie réelle d’autrui (colère, rejet ou frustration des besoins d’autrui) telle que la définition des deux autres schémas l’implique:

-Thérapeute : Tu as déjà dit qu’il y avait peu de gens qui t’ont déjà critiqué à part tes parents. As-tu déjà été rejetée ou mise à la porte d’un travail parce qu’on avait désapprouvé ce que tu étais ou ce que tu avais fait?

-Sophie : Non. En fait, juste penser que les gens me jugent me fait paniquer.

-Thérapeute : Même si certaines personnes te jugeaient, mais que cela n’avait pas de conséquences sur ta vie sociale, scolaire ou professionnelle ni sur la leur, est-ce que cela t’incommoderait? Bref, juste un jugement négatif, sans conséquence concrète dans ta vie ou dans celle des autres?

-Sophie : Oui. Cela m’amène à me trouver inadéquate.

Compréhension de l'origine des schémas dans l'enfance et l'adolescence

Les schémas apparaissent souvent durant l'enfance et l'adolescence à partir de la réponse que les patients ont obtenue à leurs besoins fondamentaux. Ils sont par la suite perpétués, renforcés, par des mécanismes de maintien. Nous aborderons donc la réponse aux besoins fondamentaux dans l'enfance de Sophie par ses parents. Nous présenterons également les résultats au *Questionnaire sur les attitudes parentales*.

Hypothèses sur les schémas en lien avec la réponse aux besoins durant l'enfance

À la quatrième rencontre, nous abordons l'enfance et l'éducation parentale de Sophie. La réponse des parents et de l'environnement face aux cinq besoins fondamentaux postulés par Young (2005) serait déterminante dans la formation des schémas inadaptés.

Besoin de sécurité liée à l'attachement aux autres

Young (2005) considère que ce besoin fait référence à la stabilité, la sécurité, les conseils et l'acceptation que reçoit un enfant. Les besoins d'amour, de respect, d'affection, d'empathie en feraient également partie. Il semble que les parents de Sophie aient répondu adéquatement à tous les aspects de ce besoin sauf en ce qui concerne les manifestations d'acceptation et d'empathie.

Sophie rapporte ne pas avoir eu l'impression d'être acceptée et validée par ses parents. Ses opinions, ses imperfections, ses vulnérabilités et son ressenti émotionnels

étaient généralement critiqués. Son père se fâchait et lui disait souvent qu'elle était irresponsable, égoïste ou immature lorsqu'elle faisait des erreurs ou des oublis et lorsqu'elle manifestait des émotions négatives; l'expression de colère, de tristesse ou d'états psychologiques comme la fatigue, le découragement ou une baisse de motivation pour les tâches domestiques étaient jugés négativement et souvent punis. Sa mère semblait peu affirmative et beaucoup moins critique, mais son silence donnait l'impression d'acquiescer les critiques et les punitions du père. Sophie rapporte que durant la période de l'enfance et de l'adolescence elle ne se percevait jamais comme étant adéquate et avait l'impression de toujours faire quelque chose de mal. Sophie avait également l'impression que de tenter de se justifier constituait une forme de déresponsabilisation et était répréhensible du point de vue de son père :

-Thérapeute : Comment réagissais-tu quand tes parents te grondaient ou te reprochaient quelque chose?

-Sophie : Je ne disais rien.

-Thérapeute : Pourquoi?

-Sophie : Quand je faisais quelque chose de pas « correct », j'avais honte. Pour mes parents, mon père surtout, l'erreur ou les oublis étaient très graves et il me regardait avec dégoût. Si j'essayais de défendre mon point de vue ou d'expliquer pourquoi j'avais oublié de faire quelque chose, mon père me regardait comme si j'étais vraiment effrontée. Il avait un faciès très condescendant, me regardait comme si en plus d'avoir fait une erreur, j'en rajoutais en n'acceptant pas ma responsabilité et en voulant me défendre.

-Thérapeute : Alors qu'est-ce qui se passait? Que ressentais-tu?

-Sophie : Je ne me sentais jamais correcte. J'avais l'impression de ne jamais rien faire de bien, de toujours décevoir. Alors, j'allais dans ma chambre et je pleurais. Enfant, j'avais même écrit un cahier qui était intitulé « Liste de tout ce que je ne fais pas bien ».

La carence dans le besoin d'être acceptée et validée semble avoir été déterminant dans l'apparition des schémas « imperfection », « exigences élevées » et « recherche d'approbation ». Le concept de soi de Sophie s'est construit en intégrant la croyance qu'elle soit globalement inadéquate et qu'elle puisse éviter d'entrer en contact avec les sentiments que génèrent cette croyance qu'en s'exigeant la perfection et en tentant de ne jamais susciter la désapprobation.

Besoin de liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions

Ce besoin est en lien avec le besoin précédent alors que Sophie ne s'est pas sentie acceptée par son père surtout lorsqu'elle exprimait des besoins et des émotions; généralement, elle ne pouvait les exprimer sans être condamnée ou punie. Elle ne pouvait pas se permettre de pleurer puisque cela était considéré comme un comportement immature par ses parents. L'expression de colère était perçue comme une déresponsabilisation face à des erreurs ou des oublis dont elle était responsable. La seule émotion qui était acceptée face à l'imperfection était la culpabilité.

-Thérapeute : Quelle était la réaction de tes parents quand tu pleurais ou que tu te choquais?

-Sophie : Ma mère semblait mal à l'aise avec ça. D'ailleurs, c'est tout le temps bizarre quand je parle de sentiments avec ma mère. Je n'élabore pas beaucoup parce qu'elle ne semble pas savoir quoi me dire. Mon père, lui, il se fâchait quand je pleurais. Il faisait un air qui me faisait sentir ridicule et honteuse.

-Thérapeute : Que faisais-tu alors quand tu étais triste ou fâchée?

-Sophie : Je montais dans ma chambre et je me chicanais. J'avais l'impression de ne jamais être correcte.

-Thérapeute : Et quand tu tentais d'expliquer tes erreurs ou tes oublis que se passait-il?

-Sophie : La même chose, mon père disait que de tenter de me justifier me rendait encore plus coupable et fautive.

On peut faire l'hypothèse que les parents de Sophie sont des gens peu à l'aise avec les émotions négatives et la vulnérabilité et présentent possiblement un schéma « inhibition émotionnelle ». Le malaise de ses parents envers les émotions est illustré à travers leurs réactions quand ils ont appris qu'elle souffrait d'un trouble alimentaire.

-Thérapeute : Quelle a été la réaction de tes parents quand ils ont su que tu avais un trouble alimentaire?

-Sophie : Mon père a dit : tu ne peux pas nous faire ça? Et ma mère ne m'a pas vraiment parlé, mais elle a fait une dépression majeure et a dû prendre des antidépresseurs suite à cela. Je crois que ma mère a eu honte d'avoir une fille avec des problèmes et c'est pourquoi elle n'a pas voulu en parler. Elle a voulu faire comme si ça n'existait pas. Mon frère ne m'en a pas parlé. Ma psychologue leur a suggéré de participer à des rencontres de parents d'adolescentes ayant un trouble alimentaire. Ils sont allés une fois et ils n'y sont pas retournés; ils m'ont dit qu'ils ne voyaient pas ce qu'ils faisaient là.

Cette désapprobation précoce des opinions et des émotions de Sophie est principalement en lien avec le schéma « inhibition émotionnelle ». Sophie a intégré que l'expression de ses opinions et de ses émotions était inacceptable et immature. Le manque d'acceptation et de liberté d'expression des émotions dans la famille de Sophie semble être à la base de la difficulté qu'elle éprouve pour valider ses fragilités et exprimer ses émotions face aux autres et surtout face aux personnes en position d'autorité.

Besoins de limites et d'autocontrôle

Les parents de Sophie ont surinvesti les besoins de limites et d'autocontrôle de leurs enfants. Ils leur donnaient beaucoup de responsabilités et Sophie a l'impression que ses parents avaient des règles et des interdits plus sévères que les parents de ses amies.

Il semble que les schémas « inhibition émotionnelle » et « punition » soient principalement à l'origine de cette attitude parentale. Sophie a dû inhiber les émotions qui l'enjoignaient à s'investir dans le plaisir, la détente et sa vie sociale au profit de ses responsabilités domestiques. Puisque l'autorité parentale était exercée de manière rigide et exigeante, Sophie a intégré un discours intérieur autopunitif qu'elle croyait nécessaire pour s'assurer de répondre aux exigences parentales. Le schéma « punition » a donc été formé en intériorisant le discours exempt d'indulgence de son père: « faire une erreur ou

un oubli est nécessairement grave, on ne fera pas preuve de clémence à mon égard et je mérite d'être punie. »

Besoins d'autonomie, de compétence et d'identité

Les parents de Sophie ont surinvesti les besoins de limites et d'autocontrôle au détriment partiel des besoins d'autonomie, de compétence et d'identité. En effet, cela semble avoir favorisé le développement de l'autonomie de Sophie, mais pas son sentiment de compétence. Les parents de Sophie ne validaient pas leurs enfants quant à leurs réussites scolaires et leurs accomplissements dans la « sphère de la performance »; ils ont donc pu leur donner l'impression que ce qu'ils accomplissaient n'était pas suffisant ou accompli adéquatement et carencé le besoin de compétence en conséquence. Sophie explique que ses parents ne la félicitaient pas pour ses résultats scolaires qui ont toujours été fortement au-dessus de la moyenne. Cet extrait illustre le peu de renforcement des réussites de Sophie et illustre plutôt l'insistance du père sur les fautes et les aspects négatifs de son comportement.

-Thérapeute : Comment tes parents réagissaient quand ils lisaient ton bulletin et qu'ils constataient que tu avais de très bonnes notes?

-Sophie : Ce n'était pas très expressif comme réaction, du genre, « c'est bien », avec un hochement de tête.

-Thérapeute : Comment tes parents réagissaient de manière générale face à ce que tu accomplissais bien?

-Sophie : Bien on dirait que pour mes parents, ce que je réussissais, c'était un dû, normal... alors, ils ne me félicitaient pas pour ça ou ne me remerciaient pas

tant que ça. Tandis que ce que je faisais mal ou ce que j'oubliais de faire, alors là, ça c'était grave... Par exemple, si ma mère rangeait les assiettes propres du lave-vaisselle et que j'étais dans le salon, mon père me reprochait d'être égoïste de ne pas m'être levée. Mais si à d'autres moments j'aidais ma mère, il ne me disait pas que j'étais gentille de faire ça.

En devant répondre à beaucoup d'exigences, Sophie s'est développée de manière à être autonome et disciplinée. Par contre, la tendance de ses parents à souligner les erreurs, les oublis ou l'imperfection dans l'accomplissement des tâches domestiques et à ne pas renforcer ses succès, a carencé le développement de son sentiment de compétence en tant que Sophie n'a retenu que les aspects fautifs et imparfaits de ses accomplissements familiaux et scolaires. Cette attitude parentale est probablement à l'origine du schéma « échec ».

Besoins de spontanéité et de jeu

Les parents de Sophie ont surinvesti les besoins de limites et d'autocontrôle au détriment des besoins de spontanéité et de jeu. Par exemple, la cliente se rappelle que son père lui demandait au début de l'adolescence de rester à la maison durant la fin de semaine pour passer du temps avec son frère. Sophie voulait voir ses amis et son père ne comprenait pas son besoin de les côtoyer régulièrement. Cela démontre une dévalorisation du plaisir et, de façon générale, des activités qui ne sont pas axées sur la productivité et un manque d'empathie pour les besoins de spontanéité et de jeu. Le surinvestissement des besoins de limites et d'autocontrôle et la carence des besoins de

spontanéité et de jeu sont probablement en lien avec les schémas « exigences élevées » et « inhibition émotionnelle » qui incluent des croyances qui dévalorisent le plaisir et l'écoute des besoins/émotions au profit de l'investissement maximal dans le travail et les études.

En résumé, il semble que les parents de Sophie aient partiellement comblé les besoins relatifs à la sécurité liée à l'attachement aux autres. Ils apportaient la sécurité, la stabilité, de l'attention et des conseils, mais par contre étaient souvent critiques et invalidants et n'ont pas donné à leurs enfants le sentiment d'être acceptés inconditionnellement, c'est-à-dire avec leurs imperfections, leurs émotions (tristesse, colère et découragement) et leur caractère faillible (c'est-à-dire faisant parfois des erreurs, des oublis). La réponse aux besoins de Sophie durant son enfance et son adolescence semble cohérente avec tous les schémas identifiés à partir des sources d'information précédentes

Le Questionnaire sur les attitudes parentales (YPI-1)

Ce questionnaire permet d'explorer les origines infantiles des schémas : « Il reflète l'environnement de l'enfant, qui est susceptible de modeler le développement de certains schémas. » (Young et al., 2005, p.116). Nous aborderons principalement les schémas pour lesquels le résultat est de 40 % ou plus, en alternance pour le père et pour la mère. Ces résultats sont illustrés dans la Figure 2 à la page suivante.

Le Questionnaire sur les attitudes parentales : père

Les schémas qui présentent un résultat de 40 % et plus chez le père de Sophie sont les suivants : « exigences élevées », « imperfection », « inhibition émotionnelle », « carence affective », « négativité/pessimisme », « assujettissement » et « peur du danger ». Seuls les quatre derniers de cette liste ne sont pas des schémas qui ont été retenus à partir des sources d'information précédemment présentées. Nous en discutons les raisons.

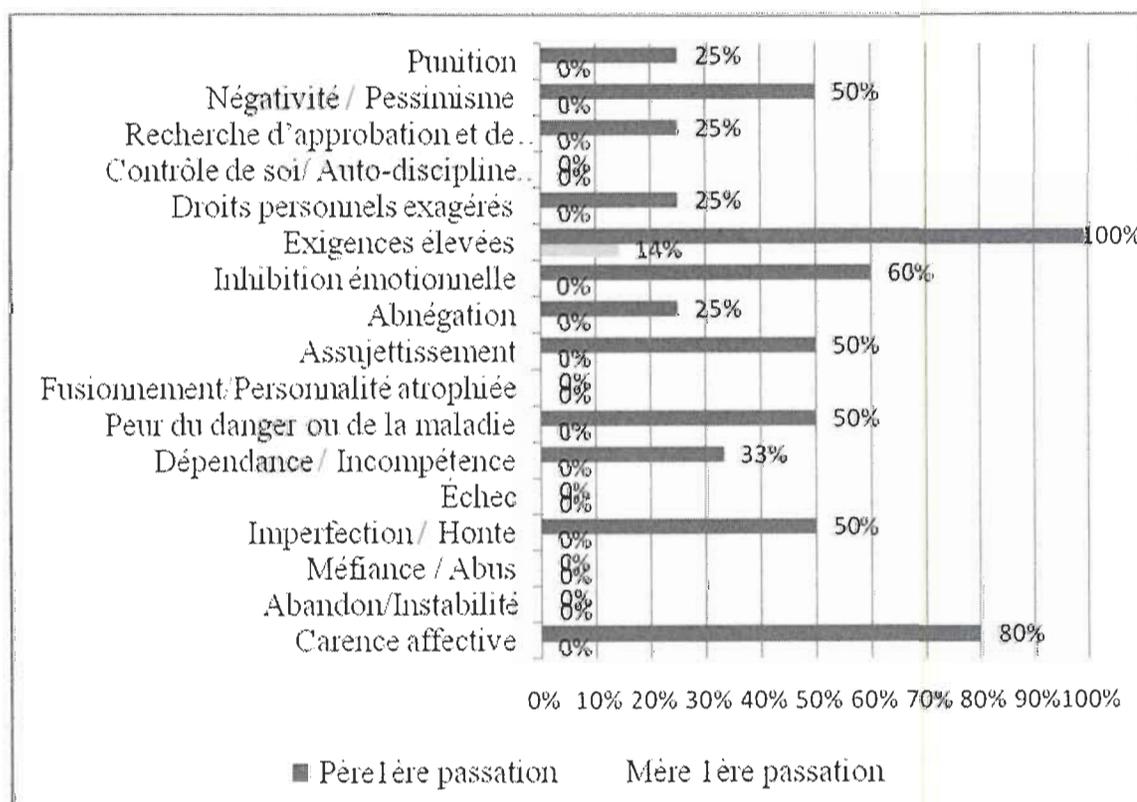


Figure 2. Résultats au Questionnaire sur les attitudes parentales (YPQ-1)

Schéma « carence affective » : père

Lorsque nous avons abordé la réponse aux besoins affectifs de Sophie durant son enfance, nous avons identifié qu'une carence partielle des besoins de sécurité liés à l'attachement aux autres qui sont concernés par ce schéma; par ailleurs, ce n'est que le sous-besoin de validation et d'acceptation qui n'a pas été comblé. Le père de Sophie, tout comme sa mère, a été présent et attentif, il n'était pas du tout négligent. Sophie rapporte d'ailleurs avoir toujours eu le sentiment d'être aimée par son père et d'avoir l'impression que ses enfants étaient une grande source de « bonheur » pour lui. Ainsi, bien qu'il ait eu des comportements qui sont typiquement à l'origine du schéma « carence affective » dont une certaine froideur affective et peu de partage émotionnel avec sa fille, la présence attentive du père a compensé les manques au niveau de cette catégorie de besoins. Cette carence n'a donc pas donné lieu au schéma « carence affective » en plus du schéma « imperfection » présent chez Sophie.

Les schémas « négativité/pessimisme » et « peur du danger » : père

Le père de Sophie semble être un homme anxieux. Elle en prendra d'ailleurs davantage conscience durant la thérapie. Il semble que cet homme gérait son anxiété en étant rigide et exigeant de manière à contrôler son environnement. Bien que Sophie présente également une certaine tendance à l'anticipation anxieuse, ce qui a davantage marqué son développement semble avoir été les critiques de son père plutôt que la suggestion de ce dernier à l'effet que ses imperfections, ses erreurs ou ses oublis pouvaient engendrer des problèmes selon son père.

Le schéma « assujettissement » : père

Les énoncés qui réfèrent au schéma « assujettissement » constituent essentiellement des comportements parentaux de contrôle et de négation de la liberté, des désirs, des initiatives ou des opinions de leurs enfants. Généralement, ces comportements entraînent ultérieurement chez l'enfant une peur de contredire ou de s'opposer à autrui. Sophie présente cette tendance. Mais comme il a déjà été mentionné, Sophie cherche à combler les besoins des autres (schéma « abnégation ») pour ne pas se sentir coupable ou pour éviter leur colère (schéma « assujettissement »), mais à un niveau plus fondamental, ces comportements ont pour but la recherche d'approbation, que nous considérons plus englobante et plus conforme à la dynamique psychologique de Sophie.

Le Questionnaire sur les attitudes parentales : mère

Sophie n'indique qu'une cote de 5 « Vrai dans l'ensemble » qu'à un des énoncés du schéma « exigences élevées ». Nous verrons lors de la deuxième passation que les résultats à ce questionnaire augmentent pour plusieurs schémas concernant la mère. Nous faisons l'hypothèse que lors de l'évaluation, Sophie contenait une telle colère jamais exprimée contre son père, que cette polarité dans ses réponses au questionnaire reflète l'ampleur des émotions de colère et de tristesse qu'elle entretenait alors pour son père. Nous aborderons au prochain chapitre, les interventions émotionnelles qui semblent avoir modifié la perception que Sophie a de sa mère et de son père.

Autres sources d'information dans la partie évaluation

Nous avons abordé avec Sophie d'autres sources d'information qui ont permis d'appuyer davantage les schémas identifiés chez elle. Notamment, des souvenirs infantiles marquants, des comportements d'auto-sabotage ainsi que des hypothèses sur son tempérament émotionnel. Dans le but d'alléger le texte, nous n'aborderons pas ici ces étapes du protocole d'évaluation suggéré Young (2005), bien qu'elles aient été réalisées

Reformulation des motifs de consultation selon l'approche des schémas

Les schémas inconditionnels centraux présents chez Sophie sont les schémas « imperfection » et « échec ». Plusieurs schémas conditionnels semblent s'être construits en réponse à ces schémas inconditionnels centraux. Le schéma « exigences élevées » qui constitue une stratégie de compensation : « Je dois être parfaite à tous les niveaux pour ne pas être inadéquate ou incompétente ». Le schéma « recherche d'approbation » qui semble être une stratégie d'évitement des deux schémas centraux : « Je dois me conformer aux attentes des autres pour éviter leur désapprobation. » Le schéma « inhibition émotionnelle » semble être une stratégie d'évitement du schéma « imperfection » et de compensation du schéma « échec » : « Je dois éviter d'avoir et d'exprimer des émotions négatives envers les autres et face à mes études, mon travail ». Finalement, le schéma « punition » constitue une soumission aux deux schémas de base, mais plus précisément au schéma « exigences élevées » associé : « Je *merite d'être* puni quand je ne suis pas parfaite et je *dois* me punir pour être parfaite ». Le schéma

« punition » est une soumission aux exigences élevées de la cliente, stratégie d'adaptation à la conviction d'être inadéquate et incompétente. Ce schéma peut donc être compris comme étant un schéma de troisième ordre en tant qu'il sert à répondre aux exigences du schéma « exigences élevées » qui lui, est un schéma de second ordre. Les schémas inconditionnels, quand ils sont activés avec les schémas conditionnels place Sophie dans les modes « enfant vulnérable », « parent punitif » et « parent exigeant ».

Résumé

L'analyse des motifs de consultation de la participante, de sa santé mentale, de ses réponses au *Questionnaire sur les schémas de Young* et au *Questionnaire sur les attitudes parentales* et la réponse aux besoins fondamentaux durant l'enfance ont permis d'identifier cinq schémas présents chez Sophie. Les schémas « imperfection » et « échec » sont des schémas inconditionnels et les schémas « exigences élevées », « recherche d'approbation », « inhibition émotionnelle » et « punition » sont des schémas conditionnels. Nous présentons sous forme synthétique dans trois tableaux suivants un résumé des éléments les plus pertinents associés aux schémas de Sophie et identifiés lors de l'évaluation. (voir Tableaux 2, 3 et 4 aux pages suivantes)

Nous verrons dans le chapitre suivant comment les quatre stratégies d'intervention proposées par Young seront utilisées pour diminuer la gravité et l'impact de ces schémas chez Sophie.

Tableau 2

Conceptualisation du cas selon l'approche des schémas

Schémas inconditionnels	Imperfection	Échec
Schémas conditionnels	<ul style="list-style-type: none"> • exigences élevées • recherche d'approbation • inhibition émotionnelle • punition 	<ul style="list-style-type: none"> • exigences élevées • recherche d'approbation • inhibition émotionnelle • punition
Réponses aux besoins de l'enfant par les parents	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'empathie et d'acceptation • Peu de liberté pour l'expression des besoins et émotions • Peu d'encouragement à la spontanéité et au jeu • Trop de limites et d'exigences d'autocontrôle 	
Évènements de vie ou relations nocives	Parents : exigeants, peu indulgents face aux erreurs, peu de valorisation concernant les forces et les succès, peu à l'aise avec l'expression des émotions de leurs enfants et invalidants à cet égard	
Difficultés actuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfaction par rapport à l'image corporelle • Inquiétudes face à la prise de poids • Restriction alimentaire • Exercice excessif • Crainte du jugement négatif d'autrui face à son image corporelle et sa personnalité • Hypervigilance en situation sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Craintes irrationnelles d'échouer • Surinvestissement dans le travail • Sous-évaluation de sa compétence • Peur que sa présumée « incompétence » soit « découverte » • Découragement face aux responsabilités • Fatigue • Pression constante
Affects dysphoriques		

Tableau 3

Les déclencheurs et les stratégies d'adaptation reliés aux schémas

Imperfection	Échec
<p>Déclencheurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ critique réelle ou anticipée concernant un trait de caractère ou un comportement qui est perçu par la participante comme socialement condamnable <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ressentir des sentiments négatifs (tristesse, colère...) ▪ prioriser ses besoins, refuser des demandes ▪ prise de poids réelle ou anticipée 	<p>Déclencheurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ critique réelle ou anticipée concernant l'accomplissement des responsabilités scolaires ou professionnelles <p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ erreurs ou oublis ▪ manque de motivation ou de discipline ▪ résultats scolaires ou au travail imparfaits ▪ état émotionnel et psychologique contreproductif (découragement, fatigue...)
<ul style="list-style-type: none"> ● Exigences élevées ○ Compensation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exigences élevées ○ Compensation
<ul style="list-style-type: none"> ● Recherche d'approbation ○ Évitement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recherche d'approbation ○ Évitement
<ul style="list-style-type: none"> ● Inhibition émotionnelle ○ Évitement 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhibition émotionnelle ○ Compensation
<ul style="list-style-type: none"> ● Puniton ○ Soumission 	<ul style="list-style-type: none"> ● Puniton ○ Soumission
<p>Légende :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● schéma ○ Stratégie d'adaptation 	

Tableau 4

Les croyances associées aux schémas chez Sophie

Imperfection

- Je suis inadéquate parce que je ne suis pas *toujours* conforme aux attentes des gens qui m'entourent et de la société.

Échec

- Je suis incompétente parce que je n'accomplis pas *toujours* mes responsabilités scolaires et professionnelles *parfaitement*.
- On ne réussit que si l'on accomplit *toujours tout parfaitement*.
- Donc quand ce n'est pas le cas, je risque *très probablement* l'échec,

Exigences élevées

- Je dois être parfaite à tous les niveaux:
 - Niveau physique : Je dois *toujours* surveiller mon alimentation et je dois *toujours* faire de l'exercice régulièrement.
 - Niveau travail : Je dois *toujours* éviter les erreurs et travailler le plus possible.
 - Niveau social: je ne dois *jamais* décevoir.

Recherche d'approbation

- Je dois me conformer aux attentes des autres pour qu'ils m'approuvent parce que :
 - Les autres ont un jugement très sévère.
 - Si je déçois les autres, ils ont nécessairement raison d'être déçus.

Inhibition émotionnelle

- Je dois éviter de répondre à mes émotions qui m'informent de mes besoins de détente et de loisir et je dois éviter d'avoir et d'exprimer des émotions négatives envers les autres et face à mes études, mon travail parce que :
 - L'expression émotionnelle est immature.
 - L'expression émotionnelle nuit au travail et à la réussite.

Punition

- Je mérite d'être punie quand je ne suis pas parfaite.
- Je *dois* me punir pour être parfaite.

Intervention

Au cours des rencontres avec Sophie, les quatre méthodes d'intervention de la *thérapie des schémas* de Young ont été proposées pour diminuer l'impact de ses schémas. Nous présentons dans ce chapitre des extraits du verbatim des entrevues présentant les interventions cognitives, comportementales, émotionnelles et relationnelles les plus significatives.

Méthodes cognitives : schéma « imperfection »

Les aspects cognitifs problématiques associés au schéma « imperfection » concernent fondamentalement la croyance voulant que Sophie ne soit adéquate que si elle reçoit l'approbation d'autrui. Pour y arriver, elle croit donc devoir être parfaite (schéma « exigences élevées »), taire ses émotions négatives (schéma « inhibition émotionnelle »), éviter la désapprobation à tout prix (schéma « recherche d'approbation ») et se punir (schéma « punition ») dans le cas contraire. Voici des extraits du verbatim des entrevues qui présentent les interventions cognitives les plus significatives visant plus directement le schéma « imperfection ».

Verbatim

Remarques

-Thérapeute : Tu crois que les autres te jugent souvent? Peux-tu me donner des exemples de critiques que l'on t'a faites dans ta vie?

-Sophie : Bien, à part mes parents, ce n'est pas vraiment arrivé... Mais je me dis tout le temps que les gens doivent me juger, dans leur tête.

-Thérapeute : Est-ce que ça se peut que tu te trompes, que tu imagines ça? Que tu fasses de la « lecture de pensée » et une forme de « raisonnement émotionnel » puisque comme tu te crois inadéquate, tu supposes sans preuve concrète que c'est ce que les autres pensent?

-Sophie : Bien on dirait...

[...]

-Thérapeute : Revenons au fait que tu as des amis de longue date et que tu te sens aimée par eux, que l'on ne t'a jamais reproché quoique ce soit, mis à part tes parents, dont tu peux te rappeler. Est-ce qu'il est possible que cela soit un argument prouvant que tu n'aies pas de graves défauts.

-Sophie : oui

-Thérapeute : Est-ce possible que tu surestimes la sévérité du jugement des autres puisque seuls tes parents ont été très critiques envers toi?

-Sophie : C'est fort possible. En fait, c'est vrai que les parents des autres enfants me semblaient moins sévères que les miens.

-Thérapeute : Donc, est-ce que c'est possible que ton père était trop sévère et que tu n'étais pas une enfant inadéquate?

-Sophie : Je crois que oui...

[...]

-Thérapeute : Admettons que tu ne te trompes pas à l'occasion et que certaines personnes te jugent réellement. Elles ont

Le thérapeute confronte la croyance voulant que la cliente soit désapprouvée par les autres.

Le thérapeute tente de confronter la croyance voulant que le jugement négatif des autres soit d'une part, très sévère et d'autre part, nécessairement valide.

Le thérapeute propose également une croyance plus flexible concernant la désapprobation venant

nécessairement raison?

-Sophie : [la participante a l'air surpris] En effet, je ne remets jamais en question cela. Si une personne me juge, elle a sûrement raison, je suis fautive.

-Thérapeute : En fait, ne crois-tu pas que lorsqu'une personne te critique, tu dois évaluer cette critique avant de te remettre en question. Tu dois te demander si tu as effectivement fait ce dont on t'accuserait, tu dois te demander si tu es d'accord avec les critères de jugement de cette personne et même si tu l'étais, tu peux accepter d'avoir fait une erreur, mais ne pas te sentir inférieure pour autant.

-Sophie : Je ne fais jamais cette évaluation face à une critique, pour moi elle est fondée, d'emblée et je ressens de la culpabilité et de la tristesse spontanément. Cela me donne ensuite l'envie de me punir ou de restreindre mon alimentation pour au moins, limiter les dégâts dans cette sphère de ma vie.

[...]

-Thérapeute : Si je laissais mon portemonnaie dans le bureau, que j'allais aux toilettes et qu'en revenant je t'accusais de m'avoir volé de l'argent alors que ce ne serait pas le cas, te sentirais-tu coupable?

-Sophie : Oui! C'est absurde, mais je me sentirais fautive et que je mérite qu'on soit fâchée contre moi.

des autres. Ils peuvent avoir raison, mais ils peuvent également avoir tort : l'approbation ne devrait pas être le fondement absolu de l'estime de soi.

Le thérapeute tente de démontrer le caractère excessif et absurde des schémas « recherche d'approbation » et « punition ».

Le verbatim qui suit rapporte des extraits où les interventions cognitives ont eu pour cible le schéma « imperfection » et les schémas conditionnels associés lorsqu'ils sont activés spécifiquement en lien avec des manifestations du trouble alimentaire de Sophie.

Verbatim

Remarques

-Thérapeute : Pourquoi? Est-ce que tu crois que tu as un surpoids?

-Sophie : Je ne sais pas... Je pense que oui.

-Thérapeute : Pourtant ton indice de masse corporelle est de 19, en bas de 17, on considère qu'il y a un danger pour la santé et entre 20 et 23, on considère cela comme un poids « santé ». Qu'est-ce qui te fait croire que tu es grosse?

-Sophie : Bien je me sens grosse et je me vois grosse.

-Thérapeute : Est-ce que ça se peut que ta perception soit faussée par un raisonnement émotionnel? Tu te sens grosse et alors quand tu te regardes tu te bases sur ton émotion pour juger de ta silhouette. Une émotion n'est pas une preuve concrète d'un surpoids.

-Sophie : Peut-être...

-Thérapeute : « Grosse » ou « mince » c'est un jugement relatif à une norme non? Par exemple, si je mesure 5 pieds et 2 pouces et que je sors dans la rue en m'imaginant que les autres me trouveront trop grande, qu'en penserais-tu?

-Sophie : Ce serait absurde.

-Thérapeute : Mais ce ne le serait pas si la taille moyenne de filles de mon âge était de 4 pieds! Si on vivait dans un monde de nains! C'est une caractéristique relative à la moyenne des gens et l'indice de masse corporel moyen pour une fille de ton âge doit être d'environ 22.

-Sophie : Peut-être. Mais j'ai peur que les autres me trouvent grosse.

-Thérapeute : Supposons qu'avec ton indice de masse corporelle de 19 c'est comme si dans un cours tu avais 95 % et que la moyenne était de 75 %. Bref, quasiment tout le monde a eu une moins bonne note que toi! Est-ce que ce ne serait pas bizarre qu'ils se disent : « Elle est donc bien pas bonne, elle a juste eu 95 %. »

-Sophie : Oui vu comme ça.

[plusieurs rencontres plus tard]

-Sophie : Je crois que c'est probablement

À l'aide d'une analogie et d'arguments logiques, le thérapeute confronte, la peur de devenir grosse de Sophie qui justifie le recours aux schémas « exigences élevées » et « punition » en lien avec son alimentation.

vrai que je ne suis pas grosse et que beaucoup de gens ne pensent pas ça de moi... Mais, j'ai peur de le devenir. C'est pour ça que je restreins mon alimentation beaucoup.

-Thérapeute : As-tu l'impression que tu es à côté d'un précipice et que lorsque tu manges quoique ce soit que tu considères comme un aliment « calorique », c'est comme si tu faisais un pas vers ce précipice qui représenterait le « surpoids » que tu ne veux surtout pas avoir.

-Sophie : Oui totalement, je sens que je peux tomber dans le précipice n'importe quand.

-Thérapeute : Tu cours donc dans la direction inverse le plus que tu peux si on veut imaginer la stratégie de compensation de ton schéma « exigences élevées ». Tu te dis que tu es grosse comme on utilise un fouet pour faire avancer un cheval; une stratégie associée à ton schéma « punition ».

-Sophie : Exactement

-Thérapeute : Mais est-ce bien nécessaire de s'efforcer de s'éloigner le plus possible d'un précipice alors que tu en es à des kilomètres avec ton indice de masse corporelle de 19?

-Sophie : Vu comme ça...

-Thérapeute : Quand on est très près d'un précipice chaque pas vers celui-ci est dangereux, mais quand on en est loin on peut se permettre quelques pas du côté du précipice, par exemple, un plat de pâte ou parfois même un hamburger avec des frites, parce que ces « pas » du côté du précipice seront compensés par des repas plus sains, des « pas » de l'autre côté. Il y aura un équilibre et tu ne prendras pas sans cesse du poids. Il n'est pas nécessaire de courir de manière effrénée dans le sens opposé au précipice.

-Sophie : Je comprends là.

-Thérapeute : En fait, ton interprétation de ta silhouette et de ton alimentation est biaisée par une pensée « tout-ou-rien » : un pas vers le précipice n'égale pas tomber dans le précipice. Cette distorsion t'amène à oublier qu'il y a bel et bien un précipice, l'obésité, mais t'amène à

À l'aide d'une analogie et d'arguments logiques, le thérapeute confronte, la peur de devenir grosse de Sophie qui justifie le recours aux schémas « exigences élevées » et « punition » en lien avec son alimentation.

oublier qu'entre ce précipice et toi il y a plusieurs kilomètres. Cette peur face à cette éventualité de devenir obèse est le fruit d'une autre distorsion : « l'erreur de prévision ».

-Sophie : Pourquoi ça ne pourrait pas arriver?

-Thérapeute : Pour que tu deviennes obèse, il faudrait que tu fasses des excès régulièrement, et ce, pendant une longue période de temps. Bref, il faudrait que tu sois négligente pendant une longue période, ce qui ne correspond absolument pas à tes comportements et à ta personnalité présentement. Les schémas qui font partie de ta personnalité peuvent diminuer en intensité, mais tu ne deviendras jamais une personne qui se surévaluera ou qui sera négligente, ce qui serait le contraire de tes schémas « imperfection » et « exigences élevées ».

-Sophie : Ça me rassure.

La participante est réticente à abandonner les stratégies d'adaptation relative au schéma « exigences élevées » parce qu'elle craint de tomber dans l'excès contraire, de devenir indisciplinée et de prendre beaucoup de poids. Le thérapeute confronte cette croyance en expliquant que les schémas s'amointrissent généralement, mais ne disparaissent rarement complètement, encore moins deviennent-ils leur contraire.

Ce dernier extrait illustre comment le thérapeute confronte l'utilité des stratégies d'adaptation et non pas seulement leur rapport coût/bénéfices désavantageux tel que le suggère Young (2005). En effet, il nous semble également pertinent de discuter le bienfondé des stratégies d'adaptation sous l'angle de leur prétendue utilité pour répondre aux besoins fondamentaux sous-jacents et pas seulement selon leur rapport coût/bénéfices.

Méthodes cognitives : schéma « échec »

Le schéma « échec » de Sophie l'amène à croire qu'elle doit répondre à ses exigences de perfection dans l'accomplissement des tâches scolaires et professionnelles (schéma « exigences élevées »), ne jamais décevoir ou frustrer des collègues, ses

professeurs ou son employeur (schéma « recherche d'approbation »), ignorer des émotions ou des états psychologiques comme le découragement ou la fatigue (schéma « inhibition émotionnelle ») et se punir pour se motiver à être plus compétente à l'avenir (schéma « punition »). Voici des extraits qui présentent les interventions les plus significatives en lien avec le schéma « échec ».

Verbatim	Remarques
-Thérapeute : Tu disais que tu te juges souvent incompétente?	Le thérapeute remet en question à l'aide d'arguments empiriques la croyance centrale du schéma « échec »
-Thérapeute : Quelle est ta moyenne générale jusqu'à présent?	
-Sophie : J'ai eu 3.75/4 à la première session, 3.94/4 et 3.87/4 jusqu'à présent à cette session.	
-Thérapeute : C'est presque que la note maximale? As-tu été rassurée quand tu as su ta moyenne?	
-Sophie : Pas vraiment.	
-Thérapeute : Pourtant, ne crois-tu pas qu'une moyenne générale presque parfaite devrait être une preuve suffisante de la compétence d'une étudiante?	
-Sophie : Je ne sais pas	
-Thérapeute : Est-ce que tu crois que plusieurs étudiantes ont une meilleure moyenne que toi?	
-Sophie : En fait, certaines, sûrement.	
-Thérapeute : Mais la majorité d'entre elles?	
-Sophie : non... Même que je sais que non puisque j'ai su que j'étais dans les dix meilleures étudiantes de mon programme...	
-Thérapeute : Te rends-tu compte que tu ne tiens pas compte de preuves majeures et concrètes de ta compétence, que tu les invalides en te disant qu'il y a mieux ou plus près de la perfection.	Le thérapeute fait prendre conscience des distorsions cognitives qui maintiennent le schéma « échec ». Entre autres, que des résultats imparfaits sont interprétés

-Sophie : Oui c'est vrai

-Thérapeute : Si une seule personne te dit que tu n'es pas bonne, vas-tu penser spontanément qu'elle a raison? Et si d'autres personnes t'ont dit que tu étais compétente, par exemple des professeurs, ou alors si tu penses à d'autres preuves qui vont dans le sens de ta compétence, par exemple ta moyenne générale très élevée, est-ce que cela a un poids dans la balance? »

-Sophie : C'est certain que si une personne pense que je suis incompétente, alors je me dis que sûrement tout le monde pense ça, mais pour être gentils ils ne me le disent pas...

[...]

-Sophie : La plupart du temps, je mets beaucoup d'effort pour ne pas faire d'erreur ou avoir des résultats moins bons que le maximum que je peux avoir pour ne pas être jugée et me sentir honteuse et coupable.

-Thérapeute : Est-ce que cela a des désavantages selon toi?

-Sophie : Et bien je crois que ça me met une pression... Je suis tout le temps fatiguée, j'ai eu des gros trous de mémoire l'été dernier, des étourdissements aussi.

-Thérapeute : À travailler autant, tu dois être fière de toi, ressentir un sentiment d'accomplissement?

-Sophie : Non en fait je crois toujours que j'aurais pu en faire davantage.

[...]

-Thérapeute : Tu me dis que ton patron est trop exigeant et demandant?

-Sophie : Oui il est reconnu comme ça. Tout le monde le dit.

-Thérapeute : Et toi tu te sens obligée de répondre à toutes ses demandes, de faire des heures supplémentaires alors que tu me dis être surchargée et très fatiguée?

-Sophie : Oui, sinon je me trouve lâche et je me sens coupable, pas digne d'être son

comme des signes d'incompétence selon son schéma « exigences élevées ».

Le thérapeute aborde avec la participante les avantages et les inconvénients des stratégies d'adaptation des schémas « exigences élevées » et « recherche d'approbation ».

Le thérapeute tente de faire prendre conscience que son schéma « recherche d'approbation » l'amène à placer la réponse à ses besoins dans la volonté d'une autre personne, qui n'a pas nécessairement à cœur ce but et est donc à risque de se faire exploiter. Également, le thérapeute veut faire prendre conscience qu'autrui n'a pas prioritairement les

employé.

-Thérapeute : Donc toi, si tu es sous les ordres d'une personne excessivement exigeante qui ne se soucie pas de tes besoins, tu dois te conformer à ses demandes.

-Sophie : Oui on dirait.

-Thérapeute : Est-ce que c'est possible que ton patron t'en demande toujours plus, entre autres, parce que ce n'est pas sa responsabilité de déterminer tes besoins et ta capacité de travail?

-Sophie : Je crois qu'il s'en fout.

-Thérapeute : Peut-être que oui, puisque c'est ce que tes collègues semblent croire aussi. Il croit peut-être que tu lui diras si c'est trop pour toi. Lui sa responsabilité c'est de faire fonctionner son entreprise. Ce sont ses besoins à lui.

-Sophie : Oui.

-Thérapeute : Dans la vie, il y a des gens qui vont être empathique et se mettre à ta place et d'autres qui le feront moins ou pas du tout. C'est pour cette raison qu'il est important que ce soit toi qui établisses tes limites et tes besoins et que tu t'arranges pour qu'ils soient respectés.

[...]

-Thérapeute : Nous avons constaté que même lorsque tu ne fournis pas le maximum d'effort, tu n'échoues pas tes cours et tu obtiens même de bons résultats quand même.

-Sophie : Oui on dirait.

[...]

-Sophie : Mon employeur est fâché et déçu quand je ne réponds pas à ses demandes. Ça ce n'est pas de la « lecture de pensée », il se fâche et tout le monde trouve qu'il est très exigeant.

-Thérapeute : En d'autres mots, certaines personnes sont effectivement exigeantes et déçues lorsque l'on ne répond pas à leurs attentes. Cet homme active donc ton schéma « échec ».

-Sophie : Oui

besoins de Sophie en tête, entre autres parce qu'il ne les connaît pas nécessairement ou n'est pas empathique.

Le thérapeute met en évidence le caractère inutile du schéma « exigences élevées »

Les interventions cognitives précédentes n'avaient pas été suffisantes pour atténuer suffisamment le schéma « recherche d'approbation » puisque Sophie présentait la distorsion cognitive appelée « généralisation à outrance » : le seul fait qu'une personne lui témoigne de la désapprobation l'amenait à se

-Thérapeute : Ne trouves-tu pas que de remettre en question.
 tenter d'être approuvée par ton employeur qui
 est connu comme étant trop exigeant et centré
 sur son intérêt est problématique?

-Sophie : Comment ça?

-Thérapeute : En t'évaluant selon Ici le thérapeute identifie un
 jugement de ton employeur, tu choisis de comportement d'auto-sabotage où
 t'évaluer selon des critères sévères et très Sophie cherche à être jugée
 exigeants. Comme l'étaient les critères de ton compétente par une personne trop
 père. Tu fais la même chose quand tu tentes critique, voir manipulatrice.
 d'exprimer tes émotions à tes parents pour qu'ils
 les valident.

-Sophie : Oui c'est vrai.

[...]

-Thérapeute : Tu ne sais pas sur quoi te Ces interventions visent à faire
 baser pour évaluer le caractère « justifié » de tes prendre conscience que sans le
 limites et de tes refus. recours à ses schémas « exigences
 élevées » et « recherche

-Sophie : Exactement. Comme je ne le sais d'approbation », elle n'a plus de
 pas, je ne refuse jamais rien et je vise la repères pour juger de ce qui est
 perfection. adéquat et compétent.

Méthodes comportementales : schéma « imperfection »

Plusieurs prescriptions comportementales ont été suggérées à Sophie pour lui
 permettre de remettre en question les croyances associées à son schéma « imperfection »
 et de modifier ses stratégies d'adaptation. Un des principaux déclencheurs de son
 schéma « imperfection » concerne les situations où Sophie oublie quelque chose ou se
 trompe. Le thérapeute lui a donc demandé d'aller à l'épicerie et de faire exprès d'oublier
 son portefeuille et d'ainsi ne pas pouvoir payer les items de son panier une fois rendue
 devant la caissière. Nous avons demandé à la participante de porter attention au langage
 non verbal de la caissière et de déterminer si elle semblait déçue ou fâchée. Si tel n'était
 pas le cas, cela devait être un argument en faveur de la non-nécessité du schéma

« recherche d’approbation ». Plusieurs interventions comportementales visaient les comportements associés au schéma « imperfection » voulant que la participante soit grosse ou à risque de l’être si elle cessait d’être excessive dans sa restriction alimentaire (schéma « exigences élevées ») et que les autres désapprouvent ses comportements alimentaires (schéma « recherche d’approbation »). Par exemple, nous avons demandé à la participante de manger dans le métro et d’observer les réactions des gens autour d’elle et d’observer des signes de désapprobation. Nous lui avons également proposé une alimentation plus normale pour lui permettre de constater que de délaissier son schéma « exigences élevées » dans ce domaine ne l’amenait pas à devenir obèse.

Méthodes comportementales : schéma « échec »

Concernant le schéma « échec » les stratégies comportementales ont consisté à l’amener à diminuer ses heures de travail et d’étude ainsi qu’à augmenter le temps consacré au loisir et à la détente. La participante a ainsi pu constater que contrairement à ce que lui suggérait son schéma « exigences élevées », ses notes ne diminuaient pas. Cela avait également pour but de l’amener à se rendre compte que ses amis, ses parents ainsi que son conjoint ne lui ont pas manifesté de déception ou de désapprobation.

Par ailleurs, il semble que son employeur lui manifestait réellement de la désapprobation. Nous lui avons proposé de vérifier auprès de personnes informées les exigences normales pour le poste qu’elle occupait. Elle devait par la suite faire valoir ses droits et imposer des limites aux personnes trop exigeantes de son entourage, comme

semblait l'être son employeur. Elle devait tenter de fournir une quantité de travail raisonnable malgré la désapprobation et les demandes de son employeur qui insistait pour qu'elle en fasse davantage. Sophie a ainsi pu se désensibiliser progressivement à la désapprobation d'une personne trop exigeante.

Méthodes émotionnelles : schéma « imperfection » et « échec »

Le thérapeute a eu recours à l'imagerie mentale pour aborder avec Sophie plusieurs événements de son enfance où ses besoins n'avaient pas été comblés. Par contre, Sophie n'a pas voulu s'adresser à son père en utilisant la deuxième personne du singulier et en faisant dialoguer son mode « enfant vulnérable » avec son « parent dysfonctionnel » comme Young le suggère. Elle affirmait ne pas à être à l'aise avec cette technique qui lui a été proposée approximativement à la vingtième rencontre. Nous discuterons des hypothèses de cette réticence dans la partie discussion. Le thérapeute n'a pas insisté. Par contre, après une trentaine de rencontres, la cliente a abordé elle-même des situations de son enfance que lui rappelaient des situations actuelles où ses parents lui faisaient des reproches. Le thérapeute a aidé la participante à clarifier son vécu en suggérant les pensées et émotions ayant pu être les siennes dans ce contexte infantile comme en témoigne l'extrait suivant :

Verbatim

-Sophie : J'ai parlé à mes parents durant la fin de semaine et ça m'a déprimée. Je leur disais que j'étais fatiguée et un peu démotivée par mes études.

Remarques

Les parents de Sophie invalident ses émotions comme c'était le cas alors qu'elle était enfant. Cela est à l'origine du schéma « inhibition

-Thérapeute : Que t'ont-ils dit?
 -Sophie : Que je devais mal gérer mon temps.
 -Thérapeute : Qu'est-ce que cela t'a fait?
 -Sophie : Je me suis sentie encore inadéquate... et coupable de me plaindre.
 -Thérapeute : Mais pourtant c'est normal d'être découragée et fatiguée quand on fait des études universitaires difficiles et qu'on travaille en même temps.
 -Sophie : C'était toujours comme ça avec mon père.
 -Thérapeute : Que veux-tu dire?
 -Sophie : Je n'étais jamais correcte, il me reprochait beaucoup de choses [le ton de la cliente et son non-verbal exprime de la colère].
 -Thérapeute : Ça devait te fâcher?
 -Sophie : [elle semble surprise] Je ne pouvais pas me fâcher, ni pleurer. Si je manifestais l'une ou l'autre de ces émotions, j'étais encore plus fautive.
 -Thérapeute : Est-ce que tu tentais de te justifier quand tu faisais une « faute »?
 -Sophie : Non. M'expliquer c'était me déresponsabiliser pour lui. C'était encore pire que juste avoir fait une faute. Alors, j'allais me cacher dans ma chambre et je me sentais désespérée et coupable.
 -Thérapeute : La culpabilité que tu ressens en ce moment encore quand tu fais des erreurs ou que tu crois qu'on te désapprouve.
 -Sophie : C'est exactement le même sentiment.
 -Thérapeute : Puisque tu ne pouvais pas te permettre de te justifier ou qu'on fasse preuve de clémence à ton égard, tu sembles avoir décidé de chercher à être parfaite ou à te punir pour ne pas que ton père te désapprouve?
 -Sophie : Oui. En un sens je le trouvais pas correct, trop sévère, mais graduellement, c'est moi que je trouvais inadéquate.
 -Thérapeute : Mais c'est normal d'oublier des choses, de ne pas tout faire parfaitement, encore plus quand tu es enfant. Non?

émotionnelle ».

La participante réfléchit, comme si elle semblait comprendre que cela devait provoquer de la colère alors que ce n'était pas le cas.

Le thérapeute fait prendre conscience à la participante qu'elle réagit à la désapprobation comme par le passé. Il aide la cliente à faire le lien entre ses réactions actuelles et l'origine des schémas conditionnels « exigences élevées » et « punition ».

La thérapeute valide et normalise le caractère faillible de la cliente et par le fait même invalide

- Sophie : Bien il me semble oui. l'excessive sévérité de son père.
- Thérapeute : Et habituellement, on a le droit de se justifier et d'expliquer pourquoi on s'est trompé, par exemple.
- Sophie : Pas pour mon père. [elle le dit sur un ton exprimant de la frustration]

Dans le cas de Sophie, exprimer de la colère envers le comportement de son père équivaut à passer d'un mode d'attribution causal interne à externe (Weiner, 1974, 1986). En effet, il semble que Sophie s'attribuait, en ayant intégré le discours punitif et exigeant de son père, la responsabilité des critiques qu'on lui faisait plutôt que de les attribuer à des attentes trop sévères et des comportements exagérément punitifs. L'émotion de colère est en lien avec la perception d'injustice ou d'avoir subi un tort injustifié donc d'évènements qui n'auraient pas dû se produire. Les techniques émotionnelles ont permis à Sophie d'opérer ce changement d'attribution causal.

Méthodes relationnelles: schéma « imperfection » et « échec »

Les méthodes relationnelles ont pour objectif le *re-parentage* partiel, c'est-à-dire que le thérapeute ajuste son comportement et le cadre thérapeutique de manière à combler les besoins du patient qui ont été et sont actuellement carencés.

Les parents de Sophie ont mal répondu aux besoins d'acceptation, de limite et d'autocontrôle, de spontanéité et de jeu ainsi que d'être libre d'exprimer ses opinions et ses émotions. Le thérapeute a principalement tenté de combler le besoin d'acceptation de

la cliente dans ses qualités et succès, mais surtout dans ses imperfections. L'extrait suivant illustre le recours au *re-parentage* partiel par le thérapeute :

Verbatim	Remarques
[Contexte : Sophie arrive un peu en retard à la rencontre anxieuse parce qu'elle n'a pas l'argent pour payer les honoraires du thérapeute.]	
-Sophie : Je suis vraiment désolée, je suis vraiment stupide, je n'ai pas d'argent. Le guichet où je vais retirer l'argent habituellement était brisé...	
-Thérapeute : Ce n'est pas grave du tout.	
Sophie : Je suis désolée, je vais aller chercher l'argent après.	
-Thérapeute : Tu me donneras l'argent à la prochaine rencontre c'est tout.	Dans cet extrait, le thérapeute, tente de combler le besoin d'acceptation. Il tente de convaincre la participante qu'il accepte ses « imperfections »
-Sophie : Je suis désolée. J'aurais dû partir plus tôt pour avoir le temps d'aller à un autre guichet.	
-Thérapeute : Tu ne pouvais pas savoir que le guichet habituel allait être en panne?	
-Sophie : J'aurais dû prévoir ça.	
-Thérapeute : Est-ce que tu me crois quand je te dis que ça ne me dérange pas du tout. Tu viens me voir depuis plus d'un an et tu m'as toujours payé. Est-ce que tu crois vraiment que je doute que tu ne me paies pas cette rencontre la prochaine fois?	
-Sophie : Bien, je ne sais pas...	
-Thérapeute : C'est comme si ce matin, me disant que mon cadran aurait pu se briser durant la nuit, j'avais mis un autre cadran à côté de mon lit. Mais alors là, ce cadran aurait aussi pu mal fonctionner? Devais-je mettre un troisième cadran sur ma table de chevet? Je ne crois pas, je trouverais ça excessif.	Le thérapeute souligne le besoin de limites et d'autocontrôle qui est surinvesti par la cliente. Il expose et propose par le fait même ses propres exigences de discipline et de contrôle qui sont plus souples.
-Sophie : [elle rit]	

Comme en témoigne la fin de l'extrait précédent, le *re-parentage* auprès de Sophie s'est fait à partir de suggestions du thérapeute concernant le degré d'autocontrôle et de discipline qui est acceptable, selon lui. Le thérapeute transmet à Sophie des règles de vie qui font la promotion de plus de clémence et de flexibilité. Il propose une philosophie qui met de l'avant l'équilibre entre la réponse aux différents besoins comme en témoigne l'extrait suivant :

Verbatim

Remarques

-Thérapeute : Nous avons remis en question l'idée que les gens veulent que tu sois parfaite. Nous avons aussi vu que lorsque tu diminues le temps accordé à tes études, tes notes ne diminuent pas vraiment.

-Sophie : C'est drôle, mais je me rends compte qu'avec la thérapie je suis moins anxieuse parce que justement j'ai baissé mes exigences perfectionnistes et l'importance que j'accorde à l'approbation des autres.

-Thérapeute : Et puis?

-Sophie : Bien je me sens déprimée et je ne sais pas pourquoi.

-Thérapeute : Est-ce que c'est possible qu'avant, ta motivation dans tes études et ton travail ainsi que ta principale source de valorisation étaient de réussir à être parfaite et irréprochable?

-Sophie : Je crois oui.

-Thérapeute : Crois-tu que tu te sentes déprimée parce que tu ne sais pas vraiment par quoi remplacer ces valeurs ou ces objectifs. Bref, tu ne sais plus comment juger que tu te comportes bien et que tu as du succès?

-Sophie : Je crois que c'est exactement ça.

-Thérapeute : Pourquoi ne détermines-tu pas ce que tu dois faire en fonction des objectifs que tu veux atteindre.

Le thérapeute constate que Sophie n'a pas de « valeurs de rechange » et de critères pour remplacer ceux que lui dictent ces schémas « exigences élevées » et « recherche d'approbation ». Ainsi, sans cela, elle n'arrive plus à ressentir un sentiment d'accomplissement.

-Sophie : Ça me semble avoir du bon sens.

-Thérapeute : L'idée est de déterminer ce que tu veux vraiment et selon un calcul coût/bénéfices, fournir les efforts pour atteindre tes buts; ni plus, ni moins.

-Sophie : C'est vrai. Mais comment je fais pour savoir ce que je veux?

-Thérapeute : Tu peux prendre le temps d'y réfléchir, premièrement, et de t'imaginer plusieurs options ou choix de vie, et être attentive à ce que chacune de ces options te fait ressentir. Tes émotions sont souvent de bons repères pour déterminer ce que tu veux vraiment.

-Sophie : Oui justement, je me sens triste de ne pas pouvoir voir mon amoureux autant que je le voudrais. Pourtant, cette relation est très importante pour moi.

-Thérapeute : Oui. Justement, cette tristesse face au fait que vous ne vous voyez pas autant que tu voudrais t'informe que c'est un objectif que tu veux poursuivre.

-Sophie : Je comprends.

-Thérapeute : Tu peux aussi te motiver à travailler en fonction de tes objectifs, c'est-à-dire t'imaginer atteindre tes objectifs et ce que cela te fera ressentir. Tu as surtout recours à la punition pour maintenir tes efforts non?

-Sophie : Oui comme si je devais me punir pour réussir.

-Thérapeute : Tu n'as pas à te punir. Généralement, être en voie d'atteindre un objectif que l'on considère source de plaisir ou de satisfaction est motivant en soi.

Le thérapeute suggère de nouveaux critères de choix et de comportements adéquats. Faire la promotion du ressenti émotionnel permet également de diminuer la présence du schéma « inhibition émotionnelle ».

Le thérapeute propose une nouvelle façon de se motiver pour Sophie sans avoir recours au schéma « punition ».

Ce dernier extrait démontre à quel point les techniques relationnelles utilisées avec Sophie impliquent que le thérapeute se positionne en tant que modèle pour elle et lui propose des valeurs et les règles de vie qui sont en fait celles qu'il juge, personnellement, adéquates. Si les techniques cognitives ont permis de remettre en

question les schémas de la participante à l'aide d'arguments empiriques ou logiques, il en est autrement avec les techniques relationnelles. En effet, le thérapeute n'a pas eu recours à des arguments empiriques ou logiques puisqu'il a proposé des valeurs et des règles de vie qu'il considère lui-même comme étant plus adéquates et qui permettent de favoriser un équilibre de vie plus sain.

Résumé

Les techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et relationnelles ont été utilisées lors de la thérapie avec Sophie et ont eu pour cibles thérapeutiques les principaux schémas identifiés chez la participante. Le prochain chapitre présente les résultats thérapeutiques.

Bilan des changements observés

Au terme de 90 rencontres, Sophie a complété à nouveau le *Questionnaire des schémas* et le *Questionnaire sur les attitudes parentales*. Un questionnaire d'évaluation des changements thérapeutiques a aussi été construit et la participante y a d'abord répondu par écrit, voir l'Appendice E. Nous avons discuté ses réponses dans une entrevue semi-structurée de deux heures. L'analyse de ces mesures de changement est présentée dans ce chapitre.

Questionnaire sur les schémas : première et deuxième passations

La Figure 4, à la page suivante, présente les résultats comparatifs de la première et de la deuxième passation au *Questionnaire sur les schémas*. Parmi les schémas qui étaient des cibles d'intervention, on observe une baisse marquée des résultats pour les schémas « imperfection », « échec », et « recherche d'approbation ». Les schémas « punition » et « exigences élevées » présentent également une diminution du nombre d'énoncés dans lesquels la participante se reconnaît clairement. En somme, tous les schémas qui étaient visés par la thérapie présentent une baisse de résultat dans ce questionnaire sauf le schéma « inhibition émotionnelle ».

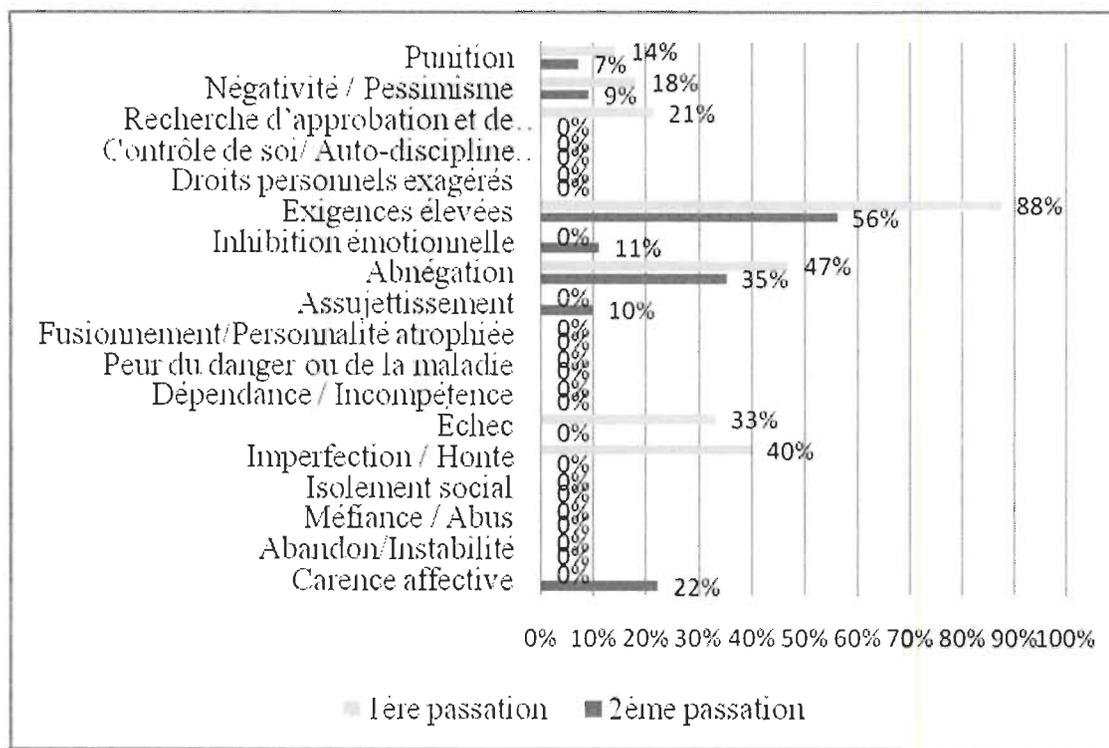


Figure 3. Questionnaire sur les schémas (YSQ-L3) (1re et 2e passations)

On observe effectivement une hausse des résultats pour les schémas « inhibition émotionnelle », « assujettissement » et « carence affective ». Ces hausses ont été discutées avec Sophie pour tenter d'en fournir une explication. Une raison commune expliquerait ces changements : la participante n'était pas consciente de la présence de ces schémas dans son fonctionnement psychologique au début de la thérapie. Concernant le schéma « assujettissement », il semble que Sophie se rendait compte de sa recherche d'approbation des autres, mais n'identifiait pas qu'une croyance sous-jacente à ce schéma est que les autres ont un jugement très sévère et qu'ils se fâcheront contre elle si elle déçoit leurs attentes. Les techniques émotionnelles qui mettaient en évidence

les origines de ses schémas lui ont fait prendre conscience que sa recherche d'approbation avait entre autres pour but d'éviter une réaction de colère et de rejet de la part d'autrui, ce que son père lui a fait vivre durant son enfance. Elle n'était pas consciente que le médiateur entre la désapprobation d'autrui et la détresse que cela génère en elle est la colère et le rejet affectif qui lui est associé. La thérapie lui a permis de réaliser que toute forme de désapprobation sociale n'entraîne pas nécessairement le rejet ou la colère d'autrui, mais bien qu'elle en soit rationnellement consciente, elle craint encore ce genre de réaction. Concernant le schéma « inhibition émotionnelle », puisque la participante croyait que l'expression des émotions était immature, elle ne réalisait pas que son degré d'inhibition n'était pas conforme à la norme, qu'il est exagéré. Ainsi, bien qu'elle valide et exprime plus aisément ses émotions comparativement au début de la thérapie, elle présente quand même encore un certain niveau d'inhibition émotionnelle. Concernant le schéma « carence affective », trois énoncés du questionnaire qui étaient cotés avec les étiquettes « le plus souvent faux pour moi » ont reçu l'étiquette « le plus souvent vrai pour moi » lors de la seconde passation :

- « Les autres n'ont pas satisfait mes besoins affectifs »
- « En grande partie, je n'ai eu personne qui m'écoute réellement, me comprenne et soit sensible à mes besoins et mes sentiments véritables. »
- « Je n'ai pas reçu suffisamment d'amour et d'attention ».

Ce sont principalement les techniques cognitives et émotionnelles visant le schéma « imperfection » et ayant permis de confronter les croyances voulant que la cliente soit inadéquate qui sont à l'origine de ce changement. Au début de la thérapie, Sophie justifiait l'attitude invalidante, exigeante et punitive de son père par la croyance qu'elle le méritait. En remettant cela en question, elle a réalisé que le manque de validation durant son enfance constituait une carence affective.

Questionnaire sur les attitudes parentales : première et deuxième passations

Les Figures 5 et 6 présentent aux pages 99 et 101 les résultats comparatifs de la première et de la deuxième passation au *Questionnaire sur les attitudes parentales* en ce qui concerne la mère et le père.

Hypothèses sur les changements concernant le père

La Figure 5 relative à la perception qu'avait Sophie de son père est présentée à la page suivante. Les schémas « punition », « négativité », « inhibition émotionnelle », « abnégation », « peur du danger », « imperfection » et « méfiance » présentent une hausse. On observe une baisse pour les schémas « droits personnels exagérés », « dépendance/incompétence » et « abnégation ». Par ailleurs, le schéma « exigences élevés » reste inchangé.

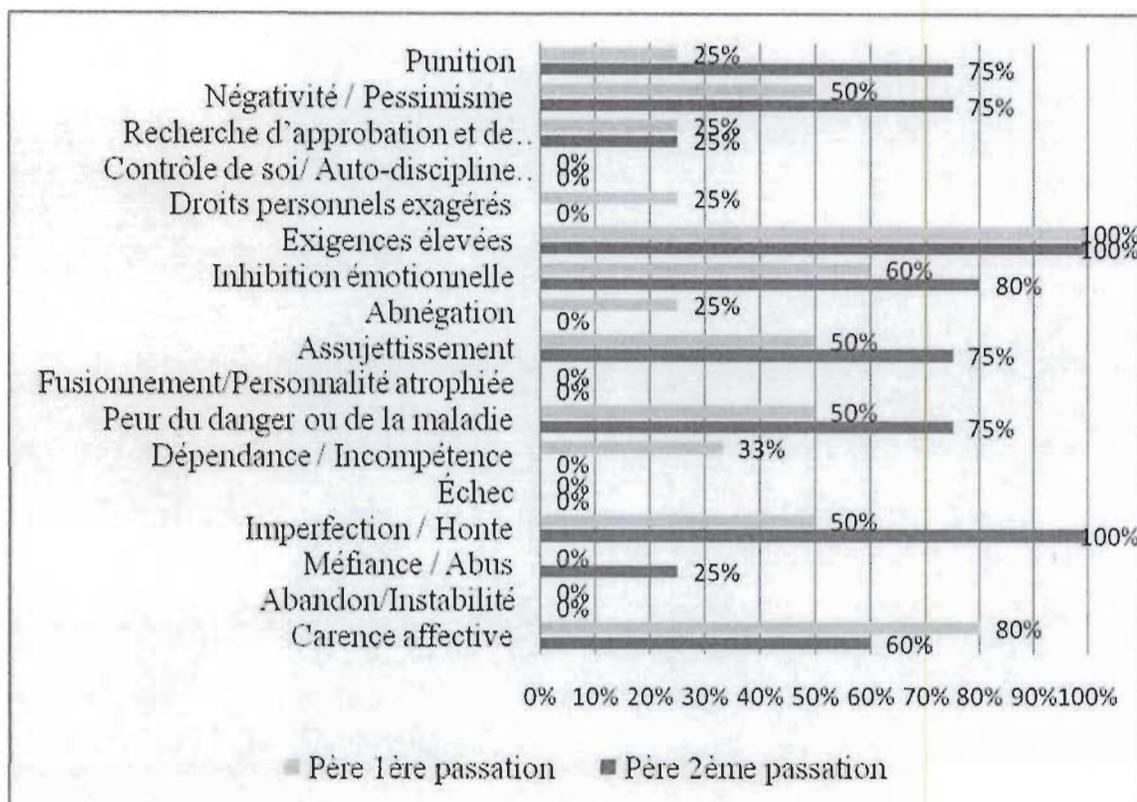


Figure 4. Questionnaire sur les attitudes parentales (1re et 2e passations : père)

Les changements concernant les schémas « négativité » et « peur du danger » ont été discutés avec Sophie et il semble qu'ils soient surtout attribuables aux techniques émotionnelles qui lui ont permis de mieux comprendre son père. Sophie a réalisé qu'il était et est encore aujourd'hui un homme probablement très anxieux d'où l'augmentation des résultats à ces deux schémas associés à l'anticipation de problèmes. À partir des souvenirs infantiles rapportés, nous avons reflété à la participante que plusieurs inquiétudes et une pensée catastrophique semblaient présentes chez son père. Aux dires de Sophie, ce constat a eu un impact majeur dans la remise en question du schéma

« imperfection » puisqu'il permettait une explication des exigences et de l'intransigeance de son père envers ses enfants : la raison n'était pas que la participante était inadéquate, mais plutôt que son père aurait eu besoin d'être en contrôle de son environnement et que tout se déroule parfaitement pour éviter certains problèmes. Conséquemment, il se fâchait lorsque ses enfants ne répondaient pas parfaitement à ses exigences et semblait croire que c'était une manière adéquate d'éviter des problèmes pour sa famille et ses enfants

Les schémas « imperfection », « punition », « inhibition émotionnelle », « méfiance » et « assujettissement » présentaient déjà un score relativement élevé lors de la première passation, mais ils en obtiennent un encore plus élevé lors de la seconde. Sophie a réalisé à quel point l'éducation de son père était dévalorisante, trop exigeante, punitive et empreinte de froideur à partir du moment où elle a cessé de s'en attribuer la responsabilité. L'augmentation du score reflète le fait qu'elle présentait une forme d'ambivalence au début de la thérapie quant au comportement de son père : d'un côté, elle reconnaissait que son père la disciplinait et se fâchait d'une manière intimidante et dévalorisante, mais considérait qu'elle le méritait dans une certaine mesure. Les remises en question à cet égard durant la thérapie expliquent l'augmentation des résultats associés à ces schémas.

Hypothèses sur les changements concernant la mère

Les résultats concernant la mère de Sophie sont globalement beaucoup moins élevés que pour son père à la première comme à la deuxième passation. Nous observons tout de même une augmentation des résultats pour les schémas « exigences élevées », « inhibition émotionnelle », « peur du danger », « carence affective », « abnégation » et « recherche d'approbation ».

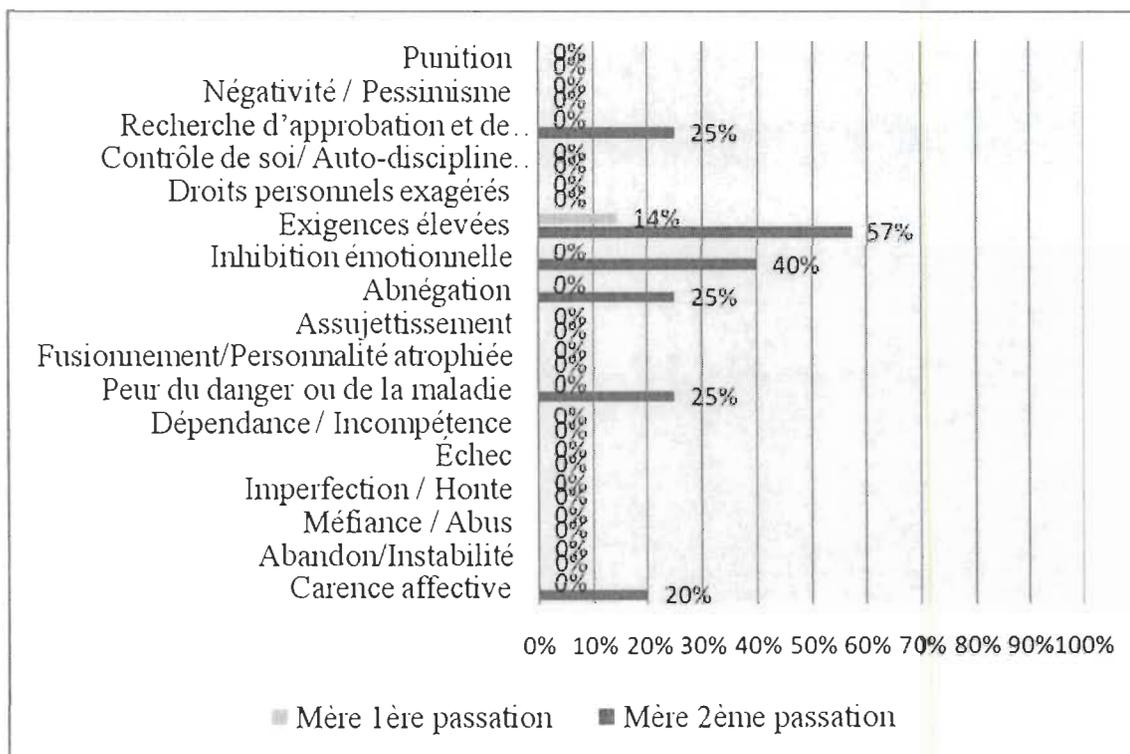


Figure 5. Questionnaire sur les attitudes parentales (1re et 2e passations : mère)

Nous avons discuté de ces résultats avec la participante. À l'aide des techniques émotionnelles, nous avons questionné la cliente sur comment elle aurait souhaité que sa

mère se comporte lors d'évènements associés à l'origine de ses schémas. Elle aurait souhaité qu'elle intervienne lorsque son père était trop sévère et critique avec elle. Elle dit avoir réalisé à travers ces interventions que sa mère s'affirmait peu dans la famille et adoptait une attitude de soumission laissant au père la responsabilité d'exercer l'autorité. Sa mère avait possiblement peur de s'opposer à son époux ou considérait que cela était inacceptable; l'augmentation du résultat pour les schémas « recherche d'approbation » et « abnégation » vont dans le sens de ces hypothèses. L'augmentation des schémas « carence affective » et « exigences élevées » résulte de la prise de conscience de Sophie à l'effet que sa mère a aussi contribué à carencer son besoin d'acceptation en endossant passivement l'attitude du père et en lui imposant des exigences élevées. Sophie a également réalisé que sa mère a peut-être été un modèle à l'origine de ses schémas « inhibition émotionnelle » et « recherche d'approbation ». À travers les interventions émotionnelles, la participante a réalisé que sa mère l'encourageait à se conformer aux autres et à taire ses émotions.

Questionnaire et entrevue portant sur les changements associés aux schémas

À la fin de la période couverte par cet essai, Sophie a répondu par écrit à un questionnaire qui visait à inventorier les changements qu'elle constatait chez elle suite à la thérapie et à identifier les techniques d'intervention qui les avaient facilités. Ce questionnaire et les réponses de Sophie se trouvent en Appendice E.

Changements concernant les déclencheurs des schémas

La question 1 et les sous-questions associées abordent les difficultés identifiées lors de l'évaluation initiale. Il est important de rappeler que pour Young (2005) la guérison des schémas s'observe à travers la diminution du nombre de situations qui les activent. Globalement Sophie remarque une diminution quant à l'activation de ses schémas par tous ses déclencheurs. Sophie rapporte qu'elle ne réagit plus aussi négativement lorsqu'elle oublie et fait des erreurs (schéma « échec » et « exigences élevées ») et lorsqu'elle est fatiguée et démotivée (schéma « échec » et « inhibition émotionnelle »). Par contre, elle remarque que lorsqu'elle doit consacrer moins de temps au travail et plus de temps aux loisirs, à la détente ou à des activités non productives (schéma « échec », « exigences élevées » et « punition ») et refuser des demandes (schémas « recherche d'approbation »), ses schémas sont encore activés par moment, mais moins intensément. La participante relate un événement ayant eu lieu vers la fin du suivi qui lui a rappelé que ses schémas « imperfection » et « échec » pouvaient encore être fortement activés par ce genre de déclencheur: « [...] lorsque je n'arrivais pas à bien travailler lors du décès de mon grand-père. Je me sentais très coupable et craignais d'être vue comme paresseuse ou pas assez intelligente. » Également, lorsque les critères d'échec et de réussite sont moins concrets, comme la réussite de cours versus l'avancement d'un projet de recherche, son schéma « échec » s'en trouve réactivé : « l'an dernier [...] les paramètres d'échec et de réussite étaient beaucoup plus flous que par le passé, et dans le doute, l'anticipation de l'échec est revenue automatiquement ».

Changements concernant les composantes des schémas et les réactions associées

Les questions 2 et 3 ainsi que les sous-questions associées concernent directement des composantes des schémas, soient les croyances, les émotions, les sensations et les comportements associés.

Changements cognitifs

Sophie mentionne avoir pris conscience que plusieurs des croyances associées à ses schémas au début de la thérapie étaient irrationnelles, inexactes ou inappropriées. Elle identifie maintenant le caractère dysfonctionnel de la majorité de ces croyances, mais précise que pour certaines d'entre elles, elle doit encore déployer des efforts de restructuration cognitive au quotidien : « je dois encore me parler. »

La croyance du schéma « imperfection » voulant que la participante soit inadéquate puisqu'elle ne serait pas tout le temps conforme aux attentes des autres a été remises en question: « [...] j'ai compris que je ne peux pas faire tout en fonction de ce que les autres veulent parce qu'on ne peut jamais plaire à tout le monde et que d'écouter ses besoins n'est pas un signe d'égoïsme. » Sophie a compris que la désapprobation d'autrui n'implique pas nécessairement un jugement global négatif sur elle: « Je comprends mieux maintenant que lorsque les gens me montrent une réaction négative face à un refus de ma part, cela ne veut pas automatiquement dire qu'ils me trouvent égoïste. » Une croyance qui maintenait fortement le schéma « imperfection » était celle

associée au schéma « recherche d'approbation » voulant que lorsque Sophie déçoit effectivement une personne, celle-ci ait nécessairement raison d'être déçue: « Ce n'est pas parce que quelqu'un pense quelque chose de négatif de moi que c'est nécessairement vrai. » Également, Sophie a réalisé que certaines personnes pouvaient la manipuler en lui exprimant de la désapprobation alors que réellement ils ne la croyaient pas réellement fautive. Concernant les croyances du schéma « imperfection » relatives à son apparence physique, Sophie affirme qu'elles restent présentes et source d'anxiété, même si elle affirme être moins convaincue d'être « grosse » et « laide ». Il semble que ce soit la remise en question des exigences associées à son schéma « exigences élevées » qui ont favorisé ce changement: « [...] je crois que je suis moins sévère envers mes défauts parce que je me répète qu'il est normal de ne pas être parfaite physiquement. » Sophie rapporte plusieurs commentaires de personnes de son entourage qui lui ont dit qu'elle était mince et cela semble également avoir contribué à ce changement. On peut faire l'hypothèse que ce genre de commentaires lui ont probablement été faits par le passé, mais que sous l'effet de ses schémas alors trop marqués, elle n'y portait pas attention.

Concernant la croyance centrale du schéma « échec » voulant que la participante soit incompétente, cette dernière exprime clairement qu'elle a rationnellement remis en question cette idée, bien qu'au niveau émotionnel elle en ressente encore la présence : « [...] je me sens encore comme un imposteur [...] même si je sais que je ne peux pas baser ma croyance sur une émotion. » Concernant les schémas « recherche

d'approbation », « inhibition émotionnelle » et « exigences élevées » associés au schéma « échec », la participante semble avoir intégré plusieurs changements cognitifs. Elle croit maintenant que la fatigue et la démotivation ainsi que faire des erreurs et des oublis est normal: « [...] je comprends mieux que je ne suis pas un robot et que je ne veux pas en être un » et « jusqu'à récemment, je devais encore me répéter les mêmes phrases dans ma tête afin de me convaincre qu'une erreur et un oubli n'est pas automatiquement dramatiques. Maintenant, dans la plupart des cas, ça me vient plus naturellement. » Les changements cognitifs semblent également bien consolidés en ce qui concerne l'expression des émotions et la recherche excessive d'approbation : « J'ai compris que les gens ne veulent pas un robot et ce qu'ils trouvent sympathique de moi c'est mon côté authentique, pas mon côté inhibé. [...] » et « j'assume aussi plus qu'une quelconque réaction de ma part pourrait déplaire [...]. Je n'ai plus envie de vouloir éviter de déplaire à tout prix. » Sophie semble donc avoir bien intégré que la recherche d'approbation n'était pas nécessairement bénéfique ni ne lui permettait de combler ses besoins: « C'est moins épuisant de *dealer* avec un conflit que de vouloir éviter d'être jugée négativement à tout prix. » et « je mets mes besoins de l'avant, parce que c'est ma responsabilité, pas celle des autres. »

Changements comportementaux

La remise en question du rapport coût/bénéfices du recours aux différentes stratégies d'adaptation a provoqué des changements de comportements: « [...] si je

voulais éliminer tout ce que je n'aime pas à propos de mon corps, je devrais passer des heures et des heures vers ce but, ce que je ne suis pas prête à faire. » Les comportements alimentaires de Sophie sont donc maintenant souples et moins empreints d'anxiété, voire maintenant source de plaisir : « J'adore cuisiner et être capable de manger une plus grande variété de repas, ce que je ne me permettais pas avant. » Mêmes observations concernant l'exercice physique : « Je fais aussi de l'exercice physique de façon plus modérée. »

En lien avec ses schémas « imperfection » et « recherche d'approbation », Sophie a cessé de se comporter de manière à être validée par des gens très critiques, ce qui constituait un comportement d'auto-sabotage que nous avons mis en évidence lors de l'évaluation : « [...] je ne voudrais pas plaire à des gens critiques, cherchant à insister sur mon apparence physique. »

Changements émotionnels

Sophie affirme également se sentir plus proche des gens qu'elle aime. En demandant plus d'explication à la participante à ce sujet, elle nous dit être plus relâchée, avoir plus d'énergie et que cela l'amène à être plus « connectée » aux gens. Il nous semble que ce changement est en lien avec la diminution des schémas « exigences élevées » et « recherche d'approbation » qui, étant principalement des stratégies

d'évitement, générant beaucoup d'anxiété, l'empêchant probablement d'entrer en contact avec d'autres émotions plus positives.

Stratégies d'intervention les plus efficaces selon Sophie

La question 4 et les sous-questions associées avaient pour but d'identifier les techniques d'intervention ou les événements de vie à la base des changements qu'elle observe chez elle.

Stratégies cognitives

Sophie a fait une liste des suggestions de croyances alternatives proposées par le thérapeute qui l'auraient aidé et qu'elle croit avoir intégrées. On retrouve cette liste à la question 4.1 du questionnaire présenté en appendice E.

Concernant spécifiquement les croyances associées au schéma central « imperfection », la participante mentionne les croyances suivantes : « Mon dieu... il y en a tellement, c'est une question difficile. » Voici quelques exemples :

- La fatigue est normale. Il ne faut pas regarder le fait de ne pas être en train de travailler hors contexte. Je ne peux pas travailler tout le temps.
- Les émotions sont normales. Tout le monde en a et il n'est pas immature de les exprimer.
- Les variations de poids sont normales. Si mon poids est plus élevé, rien ne m'empêche de faire plus attention si je ne me sens pas bien.
- La critique : on a plusieurs options face à celle-ci. Être d'accord ou pas, et faire quelque chose en réponse à la critique ou non.
- La perfection n'existe pas physiquement, intellectuellement ou émotionnellement.

Au début de la thérapie, elle s'évaluait selon l'approbation des autres et selon des exigences perfectionnistes; elle n'avait pas d'autres critères. Le thérapeute lui a donc suggéré des critères d'évaluation alternatifs. Sophie a justement recours au terme « normal » à plusieurs reprises dans les modifications cognitives proposées par le thérapeute qu'elle rapporte et dit avoir intégrées. Elle a réalisé que d'avoir des émotions et d'être fatiguée ainsi que de prendre un peu de poids à l'occasion était chose commune. Le thérapeute avait soulevé le caractère absurde de croire qu'une majorité de gens le jugeraient négativement pour cela. Elle a donc remplacé les critères d'évaluation d'elle-même et de sa compétence par d'autres, plus souples et plus conformes à la norme.

Stratégies comportementales

Sophie rapporte trois suggestions de modifications comportementales qu'elle a jugées utiles:

- « Me suggérer de ne pas me peser quand je sais que ça m'affecterait, alors qu'avant je me serais pesée pour me faire peur et pour m'encourager à faire de la restriction alimentaire et de l'exercice. » (schéma « punition »)
- « Me suggérer d'aller à l'épicerie et de faire semblant que j'avais oublié mon portefeuille, c'était terrifiant, mais ça m'a beaucoup aidé. » (schéma « recherche d'approbation » et « échec »)
- « me suggérer de manger dans le métro et d'observer les réactions des gens autour de moi. Cela m'a permis de réaliser que tout le monde s'en foutait. » (schéma « recherche d'approbation »)

Stratégies émotionnelles

Les techniques d'imagerie mentale avaient pour but de lui faire prendre conscience des manques affectifs présents durant son enfance et de proposer des explications du comportement de ses parents à son égard qui remettaient en question qu'elle ait été une enfant inadéquate semblent l'avoir aidé. Sophie souligne qu'elle a ressenti de la colère envers eux, mais que ce n'est plus le cas aujourd'hui. Cette colère ressentie témoigne de la prise de conscience de la participante à l'égard de la légitimité de ses besoins passés et actuels. « Je me sens en paix avec mon passé, plus que jamais. J'ai eu une période de colère envers mes parents, mais je trouve qu'il m'était nécessaire de la traverser, de me donner le droit de leur en vouloir. Pour finalement passer à autre chose. »

Stratégies relationnelles

La participante commente la relation thérapeutique et souligne qu'elle ne s'est pas sentie jugée, mais plutôt validée. En fait, les stratégies relationnelles visaient exactement cela. Ainsi, le thérapeute a été pour la participante un modèle parental alternatif qui a fait contrepoids à son père qui lui a proposé un modèle d'évaluation de soi exigeant et punitif. Concernant le schéma « punition », la participante réfère au recours à l'humour du thérapeute; cela avait pour but de proposer une attitude alternative « dédramatisante » face aux imperfections et à la désapprobation sociale que vivait Sophie dans son travail.

Sophie a abordé un précédent suivi avec un autre thérapeute par le passé et disait que ce dernier ne donnait pas son opinion et était peu loquace. Elle rapporte avoir eu l'impression qu'il la jugeait. Cette information cautionne l'utilité des techniques émotionnelles avec des patients qui ont le schéma « recherche d'approbation » et qui n'ont pas été assez validés dans leur enfance ; un thérapeute qui ne comble pas ce besoin semble renforcer ce schéma parce que la participante peut avoir recours à une distorsion cognitive appelée « lecture de pensée » et s'imaginer que ce dernier la juge.

Difficultés encore présentes

Sophie affirme que les aspects de son schéma « imperfection » concernant le poids la préoccupent encore trop.

Résumé

Ainsi, il semble que Sophie se soit améliorée en ce qui concerne tous les schémas qui étaient des cibles de la thérapie. En effet, les changements qu'elle aborde que ce soit au niveau de ses croyances ou des stratégies d'adaptation associées aux schémas conditionnels concernent tous les schémas. Elle mentionne également que les principaux déclencheurs de ses schémas ne les activent plus ou plus autant qu'avant. Il semble également qu'elle croit que toutes les techniques d'intervention cognitives, comportementales et relationnelles ont participé au changement. Ce sont les croyances en lien avec son poids (« je suis grosse ») qui semblent avoir été le plus réfractaires au changement.

Discussion

Dans la partie discussion, nous abordons les forces et les limites de cet essai. La force principale de cet essai réside dans l'illustration précise et détaillée de l'application de la *thérapie des schémas* nous ayant permis de mettre en évidence certains éléments plus ou moins efficaces de ce modèle dans le processus thérapeutique de Sophie. Une seconde force de cette étude de cas concerne l'utilité pédagogique qu'elle peut avoir pour de futurs psychologues cliniciens. Finalement, nous aborderons les limites d'une telle recherche.

Forces

Une force principale de cet essai est de nous avoir permis d'évaluer l'impact des différents éléments de conceptualisation, d'évaluation et d'intervention du modèle de Young. Il nous a semblé que la force principale de ce modèle réside dans la simplicité de sa terminologie ainsi que des stratégies d'évaluation. L'approche de Young permet de conceptualiser rapidement et clairement les problèmes des patients en résumant un ensemble de difficultés à l'aide d'un ou de quelques schémas. Cette conceptualisation autant pour le thérapeute que pour le patient est simple et claire. De plus, les procédures d'évaluation permettent d'identifier les schémas inadaptés rapidement notamment avec le recours aux questionnaires. Dans l'approche cognitive-comportementale de Alford et Beck (1997), la conceptualisation se fait en identifiant les croyances de bases des patients. Nous avons constaté que des croyances fondamentales sont nombreuses à la

base des schémas. Ainsi, il semble que ce soit difficile pour des patients de retenir l'ensemble des croyances qui sont problématiques chez eux. En identifiant les schémas inadaptes principaux, il est plus aisé de retenir le cœur des éléments problématiques de leur personnalité. En d'autres mots, retenir quelques schémas est plus aisé que retenir des dizaines de croyances problématiques. Le schéma joue en quelque sorte le rôle d'un indice mnémorique que le patient peut aisément retenir et se rappeler entre les rencontres ou lorsque le suivi est terminé. Il nous est souvent arrivé de rencontrer des patients qui parlaient de processus psychothérapeutiques antérieurs et qui avaient beaucoup de difficultés à se rappeler une conceptualisation claire de leurs difficultés. Quand des clients ont fait des suivis selon la *thérapie des schémas*, ils semblent être davantage en mesure de se rappeler les schémas identifiés et de les expliquer. Bref, la simplicité théorique du modèle semble être un avantage. Sophie référait à ses schémas durant la thérapie et ils ont été identifiés rapidement lors des premières rencontres. Les cinq schémas qui étaient des cibles de la thérapie constituaient des repères simples et faciles à se rappeler.

Une difficulté que nous avons rencontrée dans l'application des techniques d'intervention proposées par Young dans le suivi avec Sophie est l'application de la technique d'imagerie mentale. Young propose de faire dialoguer le patient, qui doit jouer le personnage de l'enfant qu'il était et de son parent lors de situations à l'origine de ses schémas. Sophie a été réticente à mettre en pratique cette technique de cette

manière. S'adresser à son parent directement, comme s'il y était, semblait générer trop d'inconfort et de détresse. L'analyse rétrospective de la thérapie ainsi que des discussions à cet effet avec Sophie nous laissent croire que la présence d'un schéma « inhibition émotionnelle » a rendu difficile l'application de cette technique puisqu'elle implique beaucoup d'expression émotionnelle. Par ailleurs, il nous a semblé que de permettre à la participante d'exprimer les émotions ressenties par rapport à son enfance directement au thérapeute permet malgré tout d'atteindre les buts visés par les techniques émotionnelles.

Quel est donc l'apport spécifique d'une étude de cas dans le domaine de la psychologie clinique? Dans sa formation universitaire, un psychologue clinicien intégrera des connaissances relatives aux différents modèles d'évaluation et d'intervention ainsi que des statistiques relatives aux différents troubles mentaux. Sera-t-il en mesure de les appliquer judicieusement dans sa pratique de la psychothérapie? La lecture d'études de cas permet aux psychologues cliniciens de bien comprendre comment faire l'évaluation des problématiques d'un client et recourir à des stratégies d'intervention dans un processus thérapeutique se poursuivant sur plusieurs séances. L'étude de cas, incluant le verbatim des échanges entre le thérapeute et son patient, permet de comprendre comment des connaissances théoriques peuvent être appliquées « concrètement ». L'étude de cas constitue, en ce sens, un apport pertinent à la formation théorique des psychologues cliniciens. Il est important d'ajouter que, souvent, les

ouvrages présentant des modèles de psychothérapie cognitive-comportementale généraux ou spécifiques à certaines problématiques font référence à des cas épurés ou simples au sens où les cas complexes présentant plusieurs troubles mentaux sous cliniques pour lesquels l'application de la théorie serait plus ardue sont écartés. L'étude de cas parce qu'elle doit rendre compte de l'ensemble du processus thérapeutique permet plus facilement de rendre compte de la complexité du tableau clinique des patients qu'un psychologue est amené à traiter en cabinet privé.

Limites

La méthodologie de cette étude a été appliquée à une seule participante, ce qui ne permet pas de généraliser les observations faites auprès de Sophie à une population plus étendue. De même, il y a une seule intervenante. D'autres intervenants auraient pu évaluer et intervenir de manières quelque peu différentes et obtenir des résultats quelque peu différents. Par ailleurs, le fait de faire appel aux opinions de la participante après plus de deux ans de thérapie en continu doit aussi tenir compte de la possibilité que celle-ci ait pu être influencée involontairement par un désir de bien paraître et de bonifier les résultats de la recherche. En somme, les observations et les commentaires rapportés dans cet essai visaient à illustrer de la manière la plus conforme possible une application du modèle de la *thérapie des schémas*. Les résultats ont une valeur qualitative et n'aspiraient pas à une démonstration quantitative.

Conclusion

Le modèle de Young est un modèle intégratif qui s'apparente à la thérapie cognitive-comportementale élaborée par Aaron T. Beck. Il emprunte également des éléments théoriques et des stratégies d'intervention à d'autres modèles. Le concept central du modèle de Young est celui de schéma.

La méthodologie de cet essai visait à utiliser la *thérapie des schémas* auprès d'une jeune femme. L'évaluation de la participante s'est faite à partir de ses motifs de consultation, du DSM IV, de l'analyse de son enfance du point de vue de sa relation avec ses parents, ainsi qu'à partir de questionnaires spécifiquement élaborés par l'équipe de Young pour identifier les schémas précoces inadaptés présents chez elle. Les stratégies d'intervention qui ont été utilisées pour diminuer l'impact de ses schémas sont des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et relationnelles recommandées par Young. Finalement, une deuxième passation des questionnaires utilisés lors de l'évaluation et un questionnaire sur les changements observés par la participante ont permis d'évaluer les changements thérapeutiques et les difficultés encore présentes.

La partie de l'évaluation a permis d'identifier les schémas inconditionnels « imperfection » et « échec » et les schémas conditionnels « exigences élevées, « recherche d'approbation », « inhibition émotionnelle » et « punition » chez la

participante. Tous ces schémas ont été des cibles de la thérapie et ont perdu de leur force chez la participante. Seul le schéma « imperfection » en lien avec la croyance d'être grosse et la peur de prendre du poids est identifié par la participante comme étant encore présent et source de détresse.

Références

Références

- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (4^e éd.) (version internationale)* (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris: Masson
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. New York : Guilford Publications.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York : The Guilford Press
- Beck, A.T., & Alford, B.A. (2009). *Depression : Causes and Treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorder*. New York : The Guilford Press.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias : A cognitive perspective*. New York : Basic Books.
- Beck, A.T., Rusk, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford Press.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy : Basics and Beyond*. New York : Guilford Press.
- Brewerton, T. D., Bishop, E. R. & Hand, L. D. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 213–218.
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Cottraux, J. (1992). *Les thérapies cognitives*. Paris : Retz.
- Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson.
- Cottraux, J., Blackburn, J.-M., (2006) *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson
- Cousineau, P. (1999) Psychothérapie intégrative. Dans P. Garel, P. Heurre, P. Gutton (Eds), *Prisme : Psychothérapie et adolescence* (pp.107-120). Montréal: Hôpital Ste-Justine

- Ellis, A., & Greiger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York : Springer.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 6, 649-658.
- Kelly, G.A., (1955). *The Psychology of Personal Constructs, vol.1: A Theory of Personality*. New York: Norton
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., & Martin, R. (2006). Factor Analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (3), 311-318.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A practitioner's guide*. New York : Guilford Press.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The Role of Schema Processes in the Eating Disorders. *Cognitive Therapy & Research*, 29 (6), 717-732.
- Mihaescu, G., Sechaud, M., Cottraux, J., Velardi, A., Heinze, X., Finot, S.C., & Baettig, D. (1997). Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : traduction et validation préliminaire. [The Young Cognitive Schema Questionnaire : translation and preliminary validation]. *Encéphale*, 23 (3), 200-208.
- Perls, F. (1969). *Ego, Hunger, and Aggression: The Beginning of Gestalt Therapy*. New York : Random House.
- Rusinek, P. (2006). *Soigner les schémas de pensée: une approche de la restructuration cognitive*. Paris : Dunod
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Segal, Z.V., (1988). Appraisal of the self-schema : Construct in cognitive model of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.

- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(3), 253-272.
- Stricker, G., (1994), Reflexions on psychotherapy integration. *Clinical psychology: Science and Practice*, 1 (1), 3-12
- Weiner, B. (1974). *Achievement Motivation and Attribution Theory*. Morristown : General Learning Press.
- Weiner, B. (1986). *An Attributional Theory of Motivation and Emotion*. New York : Springer-Verlag.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form : Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 26(4), 519.
- Young J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders : A Schema Focus Approach*. Sarasota : Professional Ressources Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders : A Schema Focus Approach*. Sarasota : Professional Ressources Press.
- Young, J. E., & Brown G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York : Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire*. Dans Young J.E. *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema Focus Approach*. (Rev. ed., pp. 63–76). Sarasota : Professional Resources Exchange.
- Young, J. E., & Brown. G. (2001). *Young Schema Questionnaire : Special edition*. New York : Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., & Brown. G. (2003). *Young Schema Questionnaire Long Form*. New York: Cognitive Therapy Center. Trad. française de Cousineau P. et Pascal B. (2005).
- Young, J.E., Klosko, I.S., & Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck, Traduction française de Blaise Pascal

Appendice A

Définition des schémas de Young appliquée à Sophie

Définition des schémas de Young reconnus chez Sophie

Nous proposons ici un résumé de la définition que donne Young (2005, p. 265-342) des principales caractéristiques des schémas de Sophie ainsi que leurs origines typiques.

Imperfection

« Les patients ayant ce schéma se croient imparfaits, défectueux, inférieurs, mauvais, sans valeur et incapable d'être aimés. Ils éprouvent par conséquent de la honte chronique envers eux-mêmes. » (Young, 2005, p.279) Le jugement d'infériorité peut porter sur des aspects extérieurs comme leur apparence physique ou intérieurs comme des traits de personnalité. Ils choisissent souvent des compagnons de vie ou des amis qui les critiquent et les autorisent à les dévaloriser. Ils ont également souvent un comportement de dévalorisation à l'égard d'eux-mêmes. « Ils sont hypersensibles à la critique ou au rejet et y réagissent fortement, soit par de la tristesse et du découragement, soit par de la colère selon qu'ils s'y soumettent ou qu'ils le compensent. » (Young, 2005, p. 280). Young croit que ce schéma est souvent associé au trouble de la personnalité évitante.

Échec

Les patients présentant ce schéma « [...] sentent, à niveau égal, qu'ils sont fondamentalement incompetents par rapport aux autres – ils sont bêtes, inaptes, sans talents, ignorants; ils pensent qu'au fond d'eux-mêmes, il leur manque quelque chose : ce qui est nécessaire à la réussite. » Le comportement de ces patients diffère selon la stratégie d'adaptation qu'ils adoptent. : « [...] la soumission à leur schéma (ils se sabotent eux-mêmes ou agissent sans enthousiasme), l'évitement (ils procrastinent, ou même n'entament pas du tout la tâche) et la compensation (ils travaillent sans relâche ou ils font, d'une manière ou d'une autre tout pour réussir). » (Young, 2005, p. 298) Le schéma « échec » concerne donc le sentiment d'incompétence face aux capacités d'accomplissement relatives à l'argent, le statut, la carrière, les sports et la scolarité.

Exigences élevées

Les patients présentant ce schéma « sont perfectionnistes et extrêmement motivés. Ils croient qu'ils doivent en permanence s'efforcer d'atteindre des normes extrêmement élevées. Ces normes sont internalisées [...]. L'émotion que ressentent le plus souvent ces patients est la pression. » (Young, 2005, p. 335-336) Young rapporte aussi que ces patients recherchent la critique de la part des autres ou alors venant d'eux-mêmes.

Recherche d'approbation

« Ces patients accordent une importance excessive à l'obtention de l'approbation ou la reconnaissance des autres, au détriment de la satisfaction de leurs besoins affectifs de base et de l'expression de leur tendance naturelle. [...] Il existe deux sous-types : dans le premier sous-type, les patients recherchent l'approbation et veulent que tout le monde les aime; ils veulent être adaptés et acceptés. Dans le second sous-type : les patients recherchent la reconnaissance, ils veulent être admirés et félicités. » (Young, 2005, p.319-320). L'estime de soi des patients présentant ce schéma est déterminée extrinsèquement par l'opinion que les autres ont d'eux.

Inhibition émotionnelle

Les patients présentant ce schéma n'expriment pas des émotions qu'il est normal d'exprimer. Quelques émotions spécifiques ou plusieurs émotions peuvent être inhibées: « l'inhibition de la colère, l'inhibition des sentiments positifs tels la joie, l'amour, l'affection, et l'excitation sexuelle. » (Young, 2005, p.331). Young croit que ce schéma est souvent lié au trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive : « [...] ils présentent un intérêt pour la bienséance au détriment de l'intimité et du jeu, ils sont rigides et inflexibles. » (Young, 2005, p. 332)

Punition

« Ces patients croient que les gens – eux-mêmes inclus – méritent d'être punis lorsqu'ils font des erreurs. » (Young, 2005, p. 339) Ces patients n'ont pas une attitude de clémence et de compassion; ils considèrent qu'on ne peut considérer aucune circonstance atténuante pour pardonner les erreurs et que la punition doit être sévère.

Appendice B

Critères diagnostiques selon le DSM-IV

Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Il s'agit d'un mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

1. Préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)
3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents)
4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)
5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale
6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures
8. Se montre rigide et têtu

Trouble de la personnalité évitante

Il s'agit d'un mode général d'inhibition sociale, de sentiments de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

1. le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté

2. réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé
3. est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte et au ridicule
4. craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales
5. est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur
6. se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres
7. est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Trouble du comportement alimentaire d'anorexie mentale

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (p. ex., perte de poids conduisant au maintien du poids à moins de 85 % du poids attendu, ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85 % du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes postpubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (Une femme a une aménorrhée si ses règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple d'estrogène.)

Il existe deux types d'Anorexie :

Type restrictif : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet n'a pas, de manière régulière, présenté de crises de boulimie ni recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Type avec crises de boulimie/ vomissements ou prise de purgatifs : pendant l'épisode actuel d'Anorexie mentale, le sujet a, de manière régulière, présenté des crises de boulimie et/ ou recouru aux vomissements provoqués ou à la prise de purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements).

Référence : American Psychiatric Association, 2003, pp.829-830, 838-839 et 682

Appendice C

Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les schémas

Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les schémas

Voici une liste des énoncés pour lesquels Sophie a indiqué une cote « 5 » associée à l'étiquette « Le plus souvent vrai pour moi » ou « 6 » associée à l'étiquette « Me décrit parfaitement »

Schéma « imperfection »

- 56. Je suis fondamentalement imparfait(e) et marqué(e) par un défaut.
- 57. Même si je me donne le plus grand mal, je sens qu'il ne me sera pas possible d'obtenir le respect d'un homme ou d'une femme important(e) et de sentir que j'ai de la valeur.
- 64. J'ai des secrets que je ne veux pas que mes proches découvrent.
- 66. Je ne laisse pas les gens connaître ce que je suis réellement.
- 67. Une de mes plus grandes peurs est que mes défauts deviennent publics

Schéma « échec »

- 74. Je ne suis pas aussi intelligent(e) que la plupart des gens quand il s'agit du travail (ou de l'école).
- 75. Je suis humilié(e) par mes échecs ou mes insuffisances dans le monde du travail (ou de l'école).
- 76. Je suis souvent mal à l'aise avec les autres, car je ne les vaud pas en termes de réussites.

Schéma « exigences élevées »

- 152. Je dois être le(la) meilleur(e) dans presque tout ce que je fais, je ne peux pas accepter d'être le(la) deuxième.
- 154. Je dois apparaître sous mon meilleur aspect la plupart du temps.
- 155. Je m'efforce de faire de mon mieux ; je ne peux pas me contenter d'être « assez bien ».
- 156. J'ai tant de choses à faire qu'il ne me reste presque pas de temps pour me détendre vraiment.
- 157. Presque rien de ce que je fais n'est assez bien. Je pourrais toujours faire mieux.
- 158. Je dois faire face à toutes mes responsabilités.
- 159. Je ressens une pression constante qui me force à faire les choses et à les réussir.
- 160. Mes relations souffrent de ce que je m'impose trop de choses.
- 162. Souvent je sacrifie plaisir et bonheur pour atteindre mes idéaux.
- 163. Lorsque je fais une erreur, je mérite une critique sévère.

- 164. Je ne peux pas accepter de me dégager aisément d'une situation difficile ou de présenter des excuses pour mes erreurs.
- 165. Je suis quelqu'un de très compétitif.
- 166. J'attache beaucoup d'importance à l'argent ou au statut social.
- 167. Je tiens toujours à être le(la) meilleur(e) dans ce que j'accomplis.

Schéma « abnégation »

- 135. Je ne suis heureux(se) que si les gens qui m'entourent le sont aussi.
- 137. J'ai toujours été celui (celle) qui écoute les problèmes des autres.
- 138. Je me sens plus à l'aise pour donner un cadeau que pour en recevoir un.
- 140. Peu importe combien je donne, ce n'est jamais assez.
- 141. Si je fais ce que je veux, je me sens vraiment mal à l'aise.
- 142. Il m'est vraiment difficile de demander aux autres de se soucier de mes besoins.

Appendice D

Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les attitudes parentales

Énoncés présentant une cote élevée au Questionnaire sur les attitudes parentales

Voici une liste des énoncés pour lesquels Sophie a indiqué une cote « 5 » associée à l'étiquette « Le plus souvent vrai pour moi » ou « 6 » associée à l'étiquette « Me décrit parfaitement »

Schéma « carence affective »

2. Passait du temps avec moi, était attentif à moi.
3. Répondait à mes besoins d'être guidé.
4. M'écoutait, me comprenait, partageait des sentiments avec moi.
5. Était chaleureux (se) et physiquement affectueux (se).

Schéma « imperfection »

21. Me critiquait beaucoup.
23. Me traitait comme s'il y avait quelque chose de mauvais, d'incorrect chez moi
24. Me faisait sentir honteux d'aspects importants de moi-même.

Schéma « exigences élevées »

37. Devait réussir dans tout ce qu'elle (il) accomplissait
38. S'attendait à ce que je fournisse le maximum d'effort en tout temps.
39. Était perfectionniste dans plusieurs domaines, tenant toujours à faire exactement ce qu'il fallait.
40. Rien de ce que je faisais ne la (le) satisfaisait vraiment.
41. Était strict(e), avait des règles rigides sur ce qui était bien et mal.
42. Devenait impatient(e) si les choses n'étaient réalisées de la bonne façon ou assez rapidement.
43. Accordait plus d'importance au travail qu'au plaisir ou à la détente.

Schéma « négativité et pessimisme »

58. Avait une vision pessimiste des choses ; s'attendait souvent au pire.
59. Mettait l'accent sur les aspects négatifs de la vie ou sur les choses qui tournaient mal.

Schéma « inhibition émotionnelle »

- 60. Avait besoin que tout soit sous son contrôle.
- 61. Était inconfortable à exprimer affection ou vulnérabilité.
- 64. Était secret(ète) ; parlait rarement de ses sentiments.

Schéma « recherche d'approbation »

- 70. Mettait l'emphase sur le succès et la compétition.

Appendice E

Questionnaire d'évaluation des changements thérapeutiques

Questionnaire et entrevue portant sur les difficultés associées aux schémas

Question 1: Concernant les deux motifs de consultations principaux, remarquez-vous des améliorations ou si des aspects de ces problèmes demeurent inchangés?

Cette question et les sous-questions associées abordent les difficultés identifiées lors de l'évaluation initiale. Ces difficultés constituent globalement des situations « déclencheurs » des schémas. Selon Young (2005), la guérison des schémas vise principalement à diminuer le nombre de situations qui les activent.

Question 1.1 : Changements concernant les réactions aux erreurs et aux oublis?

Réponse de Sophie : Oui, il y a eu d'énormes changements à ce niveau, majoritairement grâce à la psychothérapie. Jusqu'à récemment, je devais encore me répéter les mêmes phrases dans ma tête afin de me convaincre qu'une erreur ou un oubli n'est pas automatiquement dramatique. Maintenant, dans la plupart des cas, ça me vient plus naturellement. Je ne crois pas que le contexte de vie ait à voir avec les changements, car, en y pensant, certains aspects du contexte de vie qui peuvent faciliter une réaction adéquate face aux erreurs ont également été changés grâce à la psychothérapie.

Question 1.2 : Changements concernant l'horaire de travail versus le temps consacré à la détente et loisir?

Réponse de Sophie : Changement énorme encore une fois. Il s'agit d'un domaine où je dois encore consciemment me parler lorsque je me repose, même si je suis malade ou que des circonstances expliquent que je travaille moins. Les changements apportés sont toutefois marquants.

Question 1.3 : Réactions aux demandes des parents ou de l'employeur? (schéma « recherche d'approbation »)

Réponse de Sophie : Beaucoup de changements également, aussi dus à la psychothérapie. Je comprends mieux maintenant qu'il me revient à moi personnellement d'évaluer les demandes qui me sont faites au lieu de prendre toutes les demandes qui me sont faites comme étant des exigences à rencontrer. J'ai définitivement encore du chemin à faire à ce niveau, surtout en ce qui a trait aux demandes faites par l'employeur, car je me sens coupable de refuser de faire quelque chose. J'utilise relativement beaucoup l'évitement stratégique afin de ne pas avoir à refuser de faire des choses plusieurs fois par semaine, puisque cela serait difficile pour moi à supporter. Je pense aussi que les événements de l'été dernier (problèmes avec superviseur) m'ont aidée à avancer et à mieux intégrer ce qui était déjà discuté en thérapie.

Question 1.4 : Réactions face aux états de fatigue et découragement occasionnels pour le travail et les études (schémas « imperfection », « exigences élevées », « inhibition émotionnelle », « punition »)

Réponse de Sophie : Il y a définitivement des améliorations en ce qui a trait à mes réactions face aux états de fatigue et au manque de motivation, parce que je comprends mieux maintenant que je ne suis pas un robot, et, c'est clair maintenant pour moi que je ne veux pas en être un. Je m'accorde plus souvent des pauses aussi lorsque je travaille, parce que je comprends que ça m'aide à être mieux concentrée. C'est sûr qu'il y a encore du travail sur moi-même à faire à ce niveau-là, comme je l'ai remarqué en décembre lorsque je n'arrivais pas à bien travailler à la suite du décès de mon grand-père. Je me sentais très coupable et craignais d'être vue comme une paresseuse ou quelqu'un de pas assez intelligent pour livrer la marchandise. J'ai tout de même réussi à passer par-dessus.

Question 1.5 : Avez-vous remarqué des changements face à votre rapport à vos émotions? (schémas « imperfection », « recherche d'approbation », « inhibition émotionnelle »)

Réponse de Sophie : Je les exprime plus, définitivement. Ce qui m'a aidé en thérapie, c'est de comprendre que les gens ne veulent pas un robot et que ce qu'ils trouvent sympathique de moi, c'est mon côté authentique, pas mon côté inhibé. Ceci a été confirmé par quelques amies. J'assume plus aussi qu'une quelconque réaction que je pourrais avoir pourrait déplaire à quelqu'un, et que cette personne est libre de m'exprimer sa désapprobation. Je n'ai plus envie de vouloir éviter de déplaire à tout prix. C'est moins épuisant de dealer avec un conflit que de vouloir être jugée négativement à tout prix. Surtout que j'ai dû être jugée négativement par le passé par certaines personnes à cause de mon inhibition émotionnelle. J'exprime plus la colère, la désapprobation, la joie, et la tristesse.

Question 1.6 : Avez-vous remarqué des changements face à votre rapport à vos besoins et désirs? (schéma « imperfection », « exigences élevées » et « inhibition émotionnelle »)

Réponse de Sophie : J'exprime plus mes besoins et désirs au travail et avec mes amies. J'ai moins peur de dire non à mes collègues, étudiantes au BAC que je supervise, mes amies. Je mets mes besoins de l'avant, parce que c'est ma responsabilité, pas celle des autres. Je comprends maintenant que je mettais mon bonheur entre les mains des autres, et qu'il me revient à moi de s'occuper à ce que je sois heureuse.

Question 2 : Identifiez-vous des changements dans vos croyances ou votre façon de penser ainsi que vos réactions émotionnelles?

Cette question et les sous-questions associées concernent les composantes cognitives et émotives associées aux schémas.

Question 2.1 : Croyances et/ou émotions liées à l'incompétence dans le travail et les études? (schéma « échec »)

Réponse de Sophie : Changements présents également dans ce domaine, mais je me sens encore souvent comme un imposteur dans mon programme. La différence est que cela ne me dérange plus autant. Je pense qu'une des choses qui m'a le plus aidée en psychothérapie a été de « challenger » la croyance en regardant les faits qui peuvent laisser croire que je ne suis pas arrivée où j'en suis par chance. Je garde toutefois le sentiment de ne pas être à ma place, même si je sais que je ne peux pas baser mes croyances sur une émotion.

Question 2.2 : Croyances et/ou émotions liées à l'auto-attribution d'être une personne inadéquate ("pas correcte", égoïste, irresponsable, immature, etc.)(schéma « imperfection »)

Réponse de Sophie: Il m'arrive moins souvent maintenant de me sentir inadéquate. Par exemple, au niveau de l'égoïsme, je comprends que je me sentais égoïste trop souvent et que cela me nuisait personnellement parce que je dépensais beaucoup d'énergie à me sentir coupable de l'être, et, qu'en plus, cette tendance à me sentir égoïste lorsque je pensais à mes besoins et envies me rendait facile à « influencer » pour faire quelque chose dont je n'avais pas du tout envie. Avec la thérapie, j'ai compris que je ne peux pas faire tout en fonction de ce que les autres veulent parce qu'on ne peut jamais plaire à tout le monde, et que d'écouter ses besoins n'est pas nécessairement un signe d'égoïsme. Au niveau du sentiment général de ne pas être correcte, j'ai compris plusieurs choses avec la thérapie. Premièrement, maintenant je comprends qu'il n'y a pas de « grand livre » de la vie qui détermine si je suis une personne correcte ou non. Chacun de mes comportements est lié à des circonstances, et je comprends maintenant qu'il est important de les prendre en considération avant de me juger « pas correcte », puisque personne ne vit en abstraction de ces circonstances. Pour cette raison, il m'arrive moins souvent de me sentir « pas correcte ». Je suis aussi généralement plus indulgente avec moi-même, de façon à ce que lorsque je constate que je n'ai pas été « correcte », par exemple, pas très productive, je me dis que c'est une journée parmi plusieurs et que je tâcherai de faire mieux le lendemain.

Question 2.3 : Croyances et/ou émotions liées à l'attribution que les autres croient que je suis une personne inadéquate ("pas correcte", égoïste, irresponsable, immature, etc. (schéma « imperfection »)

Réponse de Sophie : Cela m'arrive moins souvent maintenant, car je comprends que je me sentais égoïste trop souvent et que cela me nuisait personnellement parce que je dépensais beaucoup d'énergie à me sentir coupable à propos de cela, et qu'en plus, j'étais facile à « influencer » pour faire quelque chose dont je n'avais pas du tout envie.

Avec la thérapie, j'ai compris que je ne peux pas faire tout en fonction de ce que les autres veulent parce qu'on ne peut jamais plaire à tout le monde, et que d'écouter ses besoins n'est pas nécessairement un signe d'égoïsme. Je comprends aussi mieux maintenant que lorsque les gens démontrent une réaction négative face à un refus de ma part, une erreur, une faiblesse, etc., cela ne veut pas automatiquement dire qu'ils me trouvent égoïste, inadéquate, ou simplement « pas correcte » comme individu dans son ensemble. Je crois maintenant que les gens ont le droit de manifester de la déception, de la frustration ou de l'énervement face à moi, et qu'au bout de la ligne, il me revient de décider ce que je fais avec cette émotion. Je sais également que venant de certaines personnes, dans certaines circonstances, démontrer des émotions négatives envers moi peut être une façon de tenter de me faire changer d'idée/ de me faire faire des choses dans leur intérêt (motif derrière la réaction). Avant la thérapie, je ne considérais pas les autres raisons qui pourraient expliquer ce type de réaction, je ne voulais que les éviter. J'ai maintenant moins besoin de validation, et, étant donné que je ne pense plus être une personne fondamentalement inadéquate, je n'interprète plus les signes extérieurs comme étant des preuves additionnelles que, non seulement je pense être pas correcte, mais que les autres aussi pensent la même chose.

Question 2.4 : Croyances et/ou émotions liées à l'attribution que les autres vous trouvent inadéquate (égoïste, lâche...)? (schéma « imperfection », « recherche d'approbation »)

Réponse de Sophie : Je comprends aussi mieux maintenant que lorsque les gens montrent une réaction négative face à un refus de ma part, cela ne veut pas automatiquement dire qu'ils me trouvent égoïste, mais plutôt qu'ils ont le droit de manifester de la déception, ou peut-être est-ce une façon de tenter de me faire changer d'idée (motif derrière la réaction). Avant la thérapie, je ne considérais pas les autres raisons qui pourraient expliquer ce type de réaction, je ne voulais que les éviter.

Question 2.5 : Croyance et/ou émotions liées à la perception d'être « grosse » (schéma « imperfection »)

Réponse de Sophie : La croyance d'être grosse a diminué depuis l'an dernier pour diverses raisons. Entre autres, je crois que je suis moins sévère envers mes défauts parce que je me répète qu'il est normal de ne pas être parfait physiquement et que, si je voulais éliminer tout ce que je n'aime pas à propos de mon corps, je devrais passer des heures et des heures vers ce but, ce que je ne suis pas prête à faire. Je me trouve sûrement plus grosse que je ne le suis réellement, mais j'essaie de ne pas trop y penser, parce que si j'y pense plus, le sentiment d'être « grosse » sera davantage présent.

Question 2.6 : Croyance et/ou émotions liées à l'attribution que les autres vous trouvent « grosse » (schéma « imperfection » et « recherche d'approbation »)

Réponse de Sophie : Cette croyance a beaucoup diminué, plus encore que ma propre croyance à ce sujet. La psychothérapie a aidé, mais, pour une raison que j'ignore, les commentaires dans mon environnement dans la dernière année et demie ont beaucoup changé. Avant, presque personne ne disait que j'étais mince, alors je croyais que les autres partageaient ma vision de moi-même. Les gens de mon programme ont fait plusieurs commentaires à propos de ma petite stature, et j'ai bien dû me résoudre à croire qu'ils ne disaient pas cela pour rire de moi (ce que j'aurais pu croire avant la thérapie).

Question 2.7 : Croyance et/ou émotions liées à la perception d'être « laide » (schéma « imperfection »)

Réponse de Sophie : Cette croyance a diminué grâce à la psychothérapie. Je comprends mieux maintenant que quelqu'un de laid a quelque chose de particulièrement repoussant, et que si je trouve très peu de gens laids, alors il n'y a pas de raison que cela soit autrement pour moi.

Question 2.8 : Croyance et/ou émotions liées à l'attribution que les autres vous trouvent « laide » (schémas « imperfection » et « recherche d'approbation »)

Réponse de Sophie : Même chose que pour la question précédente. Je pense aussi que je suis plus détachée de l'idée que certaines personnes pourraient dire cela de moi. Avant, ça me faisait beaucoup de peine de penser que les gens pouvaient se dire cela de moi, mais maintenant je comprends que je ne le saurais probablement jamais, que ces gens ne seraient sûrement pas des gens près de moi, et que je ne voudrais pas plaire à des gens critiques, cherchant à « focaliser » sur mon apparence physique.

Question 3 : Depuis octobre 2006, notez-vous des changements significatifs dans votre vie autres que ceux déjà mentionnés?

Cette question offre la possibilité à la participante d'aborder d'autres changements que ceux déjà questionnés.

Question 3.1 : Changements associés à plus de bien-être?

Réponse de Sophie : Oui, je suis capable de manger vraiment comme j'en ai envie. J'adore cuisiner et être capable de manger une plus grande variété de repas que ce que je me le permettais avant. Je me sens plus en santé et ça me fait du bien. Je fais aussi de l'exercice physique de façon modérée et je me sens de plus en plus capable de voir ce type d'activité comme étant une bonne chose pour ma santé et mon bien-être, plutôt que juste pour l'apparence. Les changements décrits plus tôt m'ont aussi permis de me sentir plus connectée/proche des gens que j'aime.

Question 3.2 : Changements associés à moins de bien-être?

Réponse de Sophie : Aucun.

Question 3.3 : Quels sont les aspects de vous-mêmes ou de votre vie que vous considérez encore problématiques?

Réponse de Sophie : Le poids reste un point sensible, mais je ne sais pas à quel point je peux encore améliorer mes pensées à ce sujet.

Question 4 : À quoi attribuez-vous les changements mentionnés plus haut?

La question 4 et les sous-questions avaient pour but d'identifier les techniques d'intervention ou les événements de vie à la base des changements. Concernant le suivi de psychothérapie entrepris depuis octobre 2006, est-ce que Sophie associe des stratégies d'intervention aux changements qu'elle mentionne.

Question 4.1 : Changements associés à des suggestions pour interpréter des situations de manière différente, changer des attentes et des croyances (stratégies cognitives). Pouvez-vous faire une liste des changements que vous croyez avoir intégrés au niveau cognitif?

Réponse de Sophie : Mon dieu... il y en a tellement, c'est une question difficile. Peut-être on peut le faire plus ensemble à l'entrevue. Voici quelques exemples :

1. La fatigue est normale. Il ne faut pas regarder le fait de ne pas être en train de travailler hors contexte. Je ne peux pas travailler tout le temps.
2. Les émotions sont normales. Tout le monde en a et il n'est pas immature de les exprimer.
3. Les variations de poids sont normales. Si mon poids est plus élevé, rien ne m'empêche à faire plus attention si je ne me sens pas bien.
4. La critique : on a plusieurs options face à celle-ci. Être d'accord ou pas, et faire quelque chose en réponse à la critique ou non.
5. La perfection n'existe pas- physiquement, intellectuellement ou émotionnellement.

Voici d'autres choses qui m'ont été répétées, m'ont aidée et font maintenant parties de mon répertoire d'outils :

Au travail :

Les gens nous jugent sur l'ensemble des choses que nous faisons, et donc une erreur ne fait pas en sorte qu'on devient automatiquement incompetent.

Si je fais une erreur, je peux me rattraper. Ce n'est pas une catastrophe.

Je n'ai jamais complètement échoué à quelque chose. Je n'ai donc aucune preuve qu'il soit particulièrement dangereux que j'échoue automatiquement dans ce que j'entreprends.

Tout le monde fait des erreurs, et donc moi aussi j'ai le droit.

Conclusion de notre analyse des coûts et bénéfices associés à me demander sans cesse si tout a été fait parfaitement (peur de trouver une erreur) : les coûts sont trop élevés : je travaillais trop longtemps pour tout vérifier, ce qui me fatiguait et me rendait fort probablement moins productive. Après essai, il est bien plus facile de réparer mes erreurs ou mes oublis que d'essayer de les prévenir.

Conclusion de notre analyse des coûts et bénéfices associés à travailler toujours plus au cas où je n'en ferais pas assez : il est possible de m'ajuster et d'en faire plus si on me fait remarquer que cela devrait être le cas. Il est beaucoup plus économique de me fier à ce qui semble être la norme plutôt que d'en faire plus que la norme pour être sûre que ça suffit.

Personnel /relationnel:

Ce n'est pas parce que quelqu'un pense quelque chose de négatif de moi que c'est automatiquement vrai.

Plusieurs options face à une critique :

1. Être d'accord avec celle-ci et m'ajuster
2. Être d'accord avec celle-ci, mais trouver que les coûts associés avec un serait trop élevés.
3. Être en désaccord avec celle-ci et ne rien changer.
4. Être en désaccord avec celle-ci, mais voir un côté stratégique et avantageux à m'ajuster.

J'ai des défauts et je dois les accepter. Il semble aussi que bien des gens les acceptent puisque je ne suis pas isolée.

Je dois prendre soin de mes propres intérêts et être plus stratégique afin d'arriver à mes buts. J'ai la responsabilité de prendre soin de moi-même.

J'ai le droit d'avoir des émotions et de les démontrer. Tout le monde en ressent et souvent les gens les montrent. Il est aussi probable que j'ai l'air plus sympathique si je suis moins froide.

Il est plus facile de tout simplement réagir spontanément plutôt que de tenter de savoir comment les autres voudraient que je réagisse.

La majorité des gens ne sont pas aussi critiques que je le pense.

S'ouvrir et exprimer des émotions négatives n'attirent pas nécessairement des représailles.

Je dois faire le deuil d'une relation avec mes parents dans laquelle je me sentais totalement validée.

Question 4.2 : Modification de certains comportements (stratégies comportementales)?

Réponse de Sophie

1. Ne pas me peser quand je sais que ça m'affecterait (alors qu'avant je me serais pesée pour me faire peur et pour faire de la restriction/exercice).
2. Expérience comportementale d'aller à l'épicerie et de faire semblant que j'avais oublié mon portefeuille = terrifiant, mais ça m'a beaucoup aidée.
3. Manger dans le métro et observer les réactions des gens autour m'a permis de réaliser que tout le monde s'en foutait.

Question 4.3 : Des évènements du passé abordés et discutés en thérapie (techniques émotionnelles)

Réponse de Sophie : Ça m'a beaucoup aidé d'aborder l'influence de mes parents dans le développement de mes schémas. En comprenant mieux ce qui était derrière ceux-ci, c'était plus facile pour moi de considérer des façons alternatives de penser. Je me sens en paix avec mon passé, plus que jamais. J'ai eu une période de colère envers mes parents, mais je trouve qu'il m'était nécessaire de la traverser, de me donner le droit de leur en vouloir, pour finalement passer à autre chose. Ça m'a beaucoup aidé de parler des relations amoureuses difficiles que j'ai vécues dans le passé, parce que ça m'a permis de voir comment mes schémas s'étaient exprimés par le passé dans ce contexte.

Question 4.4 : Tout ce qui concerne le déroulement des rencontres et la relation avec le thérapeute (techniques relationnelles)

Réponse de Sophie : J'ai senti que je pouvais faire confiance tout de suite après la première rencontre. Je ne me suis pas sentie jugée une seule fois en plus de trois ans. Je pense que tu as aussi pris soin de me valider ce dont j'avais grandement besoin. Tu avais une façon de présenter les choses qui me parlait beaucoup, de par la confiance que j'avais en toi. J'écoutais tes exemples comme « la voix du gros bon sens ». On a parlé de plusieurs mêmes thèmes, mais dans plusieurs domaines différents, et je n'avais jamais l'impression que c'était exaspérant de devoir faire le même travail dans chacune des sphères de ma vie. Je sentais de l'intérêt réel de ta part à m'aider dans mes difficultés. L'humour m'a aussi aidé.

Question 4.5 : Depuis octobre 2006, y a-t-il des évènements dans votre vie auxquels vous attribuez la cause de certains des changements que vous avez mentionnés?

Réponse de Sophie : Le déménagement avec mon chum en 2008 m'a beaucoup aidé à mettre en place certains changements dont nous discutons déjà beaucoup ensemble. Sinon, la crise avec mon superviseur a aussi été un évènement important qui a été un *momentum* à plein de choses dont on avait déjà parlé.