

Joan M. Farrell | Ida A. Shaw

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Rajaa Belhourania

PRÉFACE DE

Jeffrey Young

TESTER | PRATIQUER

Expérimentez la thérapie des schémas

Véritable *workbook*
pour les thérapeutes

- Protocole d'intervention
- Intervention en groupe
- Trousse d'activités

↓ 25 feuilles de travail
à télécharger

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

**Expérimentez
la thérapie
des schémas**

TESTER - PRATIQUER

Guides d'auto-expérimentation et d'auto-analyse pour psychothérapeutes

James Bennett-Levy,
directeur de collection (Guilford Publications)

Cette collection invite les thérapeutes à travailler, par eux-mêmes, leur dimension personnelle et professionnelle, par le biais d'un travail d'auto-expérimentation et d'auto-analyse (introspection) (AE/AA).

Les livres de la collection guident les thérapeutes à travers un processus structuré en trois étapes : se focaliser sur un problème personnel ou professionnel que l'on veut traiter, pratiquer des exercices thérapeutiques sur soi-même (auto-expérimentation), et retirer une leçon de cette expérience (auto-analyse). La recherche soutient les apports uniques de l'AE/AA en ce que celle-ci fournit des connaissances et des compétences qui ne sont pas facilement accessibles par le biais de procédures de formation plus conventionnelles. L'approche convient aux thérapeutes, quel que soit leur niveau d'expérience, des stagiaires aux superviseurs expérimentés. Les volumes de cette collection comportent des feuilles de travail et des formulaires reproductibles que les utilisateurs peuvent télécharger et imprimer.

- *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*

James Bennett-Levy, Richard Thwaites, Beverly Haarhoff et Helen Perry

- *Expérimentez la thérapie des schémas*

Joan M. Farrell et Ida A. Shaw

Joan M. Farrell | Ida A. Shaw

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Rajaa Belhourania

PRÉFACE DE

Jeffrey Young

Expérimentez la thérapie des schémas

Ouvrage original:

Experiencing Schema Therapy from the Inside Out. A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists

Joan M. Farrell, Ida A. Shaw

Copyright © 2018 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

Published by arrangement with The Guilford Press

Téléchargez les compléments numériques sur
<https://deboecksuperieur.com/site/328648>

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

Maquette de couverture: Sophie Martinet

Mise en page: PCA

© De Boeck Supérieur s.a., 2021

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Pour la traduction et l'adaptation française

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale, Paris: avril 2021

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles: 2021/13647/029

ISBN 978-2-8073-2864-8

À propos des autrices

Joan M. Farrell, PhD, est codirectrice du Schema Therapy Institute Midwest-Indianapolis Center et directrice de recherche du Center for Borderline Personality Disorder Treatment and Research, à l'Indiana University-Purdue University Indianapolis (IUPUI). Elle est professeure auxiliaire de psychologie à l'IUPUI et a été pendant vingt-cinq ans professeure clinicienne en psychiatrie à la faculté de médecine de l'université de l'Indiana, où elle a élaboré et dirigé un programme de thérapie des schémas (TS) pour les patients hospitalisés atteints de trouble de la personnalité borderline (TPB). Joan Farrell est cochercheuse principale d'une étude internationale sur la TS pour le TPB en cours dans cinq pays et a été chercheuse principale d'une étude sur la TS de groupe pour le TPB, pour laquelle elle a obtenu une subvention du National Institute of Mental Health. Formatrice/superviseuse de schéma-thérapeutes certifiée en thérapie individuelle et de groupe, elle est coordinatrice de la formation et de la certification au sein du conseil d'administration de l'International Society of Schema Therapy. Joan Farrell a codéveloppé la TS de groupe, aux côtés d'Ida A. Shaw, avec qui elle travaille depuis les années 1980. Elles dispensent des formations en TS et des ateliers d'auto-expérimentation et d'auto-analyse à l'échelle nationale et internationale et ont déjà publié deux livres ainsi que de nombreux chapitres de livres et articles de recherche.

Ida A. Shaw, MA, est codirectrice du Schema Therapy Institute Midwest-Indianapolis Center et formatrice/superviseuse de schéma-thérapeutes certifiée en TS individuelle, de groupe et pour enfants/adolescents. Elle est directrice de la formation du Center for Borderline Personality Disorder Treatment and Research, à l'IUPUI, et membre du conseil consultatif de formation et de certification de l'International Society of Schema Therapy. Forte de son expérience en psychothérapie expérientielle et en psychologie du développement, Ida Shaw est la principale superviseuse clinique d'un essai clinique international multisite de TS de groupe et supervise le déploiement sur le terrain d'autres projets de recherche sur le trouble de la personnalité évitante, les troubles dissociatifs, le traumatisme complexe et la prise en charge des enfants et adolescents.

À propos de la réviseuse scientifique

Rajaa Belhourania est psychologue clinicienne psychothérapeute TCC et thérapie des schémas. Diplômée en finance de l'Université de Paris IX Dauphine et en psychologie de l'Université de Nantes, elle s'est d'abord spécialisée dans l'accompagnement du bien-être au travail aussi bien auprès de ses patients (souffrance au travail, gestion de carrière, reconversion professionnelle) qu'auprès des institutions dans la prévention des risques psychosociaux et dans l'accompagnement du changement. Au-delà des problématiques professionnelles, sa pratique est aujourd'hui beaucoup plus diversifiée et comprend la thérapie des schémas particulièrement indiquée pour les patients qui souffrent de troubles psychologiques chroniques (troubles de la personnalité, dépressions récurrentes, etc.) ou qui présentent des scénarios de vie répétitifs délétères. Elle a été attachée d'enseignement à l'Université de Nantes et y achève actuellement une thèse en psychologie clinique.

Sigles et acronymes

AA	auto-analyse
AE	auto-expérimentation
ERC	essai randomisé contrôlé
IAB	inventaire d'anxiété de Beck
IDB	inventaire de dépression de Beck
IMS	inventaire des modes de schéma
ISST	International Society of Schema Therapy (Société internationale de thérapie des schémas)
QSY	questionnaire des schémas de Young
SPI	schéma précoce inadapté
TCC	thérapie cognitivo-comportementale
TPB	trouble de la personnalité borderline
TPST	trouble de stress post-traumatique
TS	thérapie des schémas
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life (Qualité de vie, Organisation mondiale de la santé)

Note du directeur de collection

D'après les recherches menées dans un certain nombre de pays, les thérapeutes qui prennent le temps d'expérimenter des techniques de thérapie sur eux-mêmes et d'analyser leur expérience affirment que l'auto-expérimentation/auto-analyse (AE/AA) a été l'une des parties les plus significatives et importantes de leur développement professionnel. Ces observations de thérapeutes sont appuyées par un nombre croissant d'arguments quantitatifs et qualitatifs suggérant la pertinence de l'AE/AA.

Lorsque Guilford a donné le feu vert à la collection consacrée à l'AE/AA, nos pensées se sont tournées vers quelques thérapies et quelques auteurs. La thérapie des schémas (TS) nous est immédiatement venue à l'esprit. La TS dispose d'une théorie cohérente, de stratégies et d'applications pratiques bien développées, et est étayée par un nombre croissant de preuves scientifiques. De plus, la TS accorde une importance primordiale à la relation thérapeutique. Pour qu'elle soit efficace, les schéma-thérapeutes doivent comprendre non seulement leurs propres schémas (p. ex. Idéaux Exigeants, Échec et/ou Abnégation) et comment ceux-ci peuvent influencer leur rôle de thérapeute, mais aussi comment leurs schémas peuvent s'articuler avec ceux des patients ou y réagir. Par conséquent, l'auto-expérimentation et l'auto-analyse constituent pour les schéma-thérapeutes désireux de comprendre leurs propres schémas une approche particulièrement précieuse. En outre, la TS se caractérise par d'importantes connaissances conceptuelles et compétences pratiques qui peuvent être mieux acquises et intégrées lorsqu'elles sont expérimentées et incarnées personnellement, de l'intérieur vers l'extérieur.

Choisir qui nous devons approcher pour écrire ce livre a été une tâche facile. J'avais déjà eu la chance d'assister à des ateliers de TS animés par Joan Farrell et Ida Shaw. Non seulement leurs formations étaient très expérientielles – justement l'orientation nécessaire pour un livre d'AE/AA –, mais Joan et Ida s'étaient clairement immergées dans les pratiques de TS. Elles n'hésitaient pas à se référer à leurs propres schémas et à la façon dont ils interagissaient avec ceux de leurs patients; qui plus est, dans des jeux de rôle spontanés, elles démontraient un niveau élevé de compétence, affiné par de nombreuses années d'expérience clinique. Joan et Ida ont joint le geste à la parole, et j'ai été ravi qu'elles s'enthousiasment à l'idée d'écrire ce livre.

Tout schéma-thérapeute en herbe y trouvera un guide merveilleux pour apprendre les ficelles du métier. Mais pour les thérapeutes plus expérimentés aussi, la mise en application des modules apportera de nouvelles idées et de nouvelles compréhensions, ainsi que de nouveaux angles pour aborder la thérapie. Nous avons constaté à maintes reprises au fil de nos recherches sur l'AE/AA que les thérapeutes expérimentés semblent bénéficier autant de l'AE/AA que les thérapeutes novices.

Les fruits des nombreuses années d'expérience professionnelle et personnelle de Joan et d'Ida ont alimenté *Expérimentez la thérapie des schémas*. Vous constaterez que vos compétences en tant que schéma-thérapeute – et en tant qu'être humain en dehors du contexte clinique – atteindront de nouveaux degrés de compréhension, d'intégration et d'intelligence pratique.

James Bennett-Levy

Avant-Propos

Approche fondée sur des données probantes, la thérapie des schémas (TS) évalue le narratif sous-jacent aux scénarios de vie autodestructeurs du patient et s'attaque soigneusement aux modes dysfonctionnels et autodestructeurs qui émergent au cours des séances de thérapie (Young, Klosko et Weishaar, 2003). Grâce à des stratégies intégrées provenant de diverses approches, la TS peut traiter et assouplir de manière significative les croyances dysfonctionnelles et les émotions issues des besoins non satisfaits précoces inscrits dans la mémoire et dans les systèmes sensoriels en les remplaçant par des expériences émotionnelles correctives et adaptatives.

En tant que thérapeutes, nous ne sommes à l'abri ni des réactions subjectives et intersubjectives qui peuvent émerger de nos propres expériences du début de notre vie ni des réactions basées sur des schémas aux événements d'ici et maintenant. S'ils ne sont pas examinés et traités, ces thèmes de vie (schémas précoces inadaptés) et stratégies d'adaptation peuvent entraîner de la frustration tant pour le patient que pour le thérapeute, et de mauvais résultats thérapeutiques. L'activation de la détresse émotionnelle qui apparaît lors de moments difficiles des séances de thérapie peut fragiliser la solidité du thérapeute le plus compétent. Dans le but de retrouver la stabilité et de faire face aux distractions issues des tensions et des émotions «latentes», nous pouvons nous retrouver inconsciemment sur une trajectoire émotionnelle familière, où des états de réaction aiguë déclenchent des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles – c'est-à-dire, se soumettre, éviter, punir, se détacher ou se défendre vis-à-vis de nos patients. Ce livre merveilleux fournit un moyen d'examiner vos propres schémas dans les contextes personnel et professionnel.

La collection Tester – Pratiquer est une contribution remarquable et importante à la bibliothèque du clinicien, fournissant une validation empirique des avantages du travail autonome du praticien selon des méthodes d'auto-expérimentation et d'auto-analyse en thérapie cognitivo-comportementale. Nous sommes ravis que Joan Farrell et Ida Shaw aient été invitées à contribuer à cette précieuse collection et aient écrit cet ouvrage technique reflétant leur cheminement, leurs recherches et leur travail clinique et de supervision en TS. Non seulement ces autrices sont des cliniciennes créatives et des chercheuses de terrain, mais elles sont aussi des formatrices de renommée internationale possédant

une longue expérience pour surmonter les défis des populations difficiles à traiter, en particulier celles qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline. Le large éventail d'anecdotes que renferme *Expérimentez la thérapie des schémas* trouvera certainement un écho chez le lecteur, de même que les fardeaux anciens de nos voix intérieures : celles qui peuvent conduire à des sentiments de honte et d'imperfection ; à des idéaux exigeants, à une autonomie et une authenticité amoindries, à l'assujettissement ; ou à s'abandonner avec impuissance au détachement, à la méfiance et à la perte de contrôle.

Avec des voix magnifiquement claires et articulées, des exemples de cas pertinents, des diagrammes et des illustrations très utiles, les autrices nous montrent comment appliquer des stratégies d'identification des modes de schéma et des compétences spécifiques pour prendre conscience de nos déclencheurs tout en favorisant nos croyances et réponses émotionnelles adaptées.

Expérimentez la thérapie des schémas offre au thérapeute-lecteur un guide appréciable pour entreprendre des stratégies thérapeutiques pertinentes qui peuvent conduire à une réduction et à un affaiblissement des *patterns* de vie délétères, tout en renforçant ceux qui sont sains et adaptatifs. Nous, thérapeutes, avons l'occasion d'adopter une position plus stable face aux défis des phases déstabilisantes de la prise en charge et de maintenir la posture d'adultes sains, capables de fournir les thérapeutiques nécessaires pour répondre efficacement aux besoins non satisfaits de nos patients, même les plus difficiles.

Nous sommes heureux d'exprimer notre soutien et notre confiance dans ce livre, ressource intemporelle et précieuse.

Wendy T. Behary, LCSW
Fondatrice et directrice clinique,
The Cognitive Therapy Center of New Jersey
et The New Jersey Institute of Schema Therapy

Jeffrey E. Young, PhD
Fondateur et directeur clinique,
Schema Therapy Institute of New York

Remerciements

Nous remercions James Bennett-Levy pour son invitation à écrire ce volume, pour la générosité dont il a fait preuve en partageant des documents de référence et pour ses commentaires sur la version manuscrite de ce livre. Son aide et son soutien ont été inestimables et ont contribué à un ouvrage de meilleure qualité. Il a ouvert la voie à l'auto-expérimentation/ auto-analyse (AE/AA) en thérapie cognitivo-comportementale et a apporté une contribution importante à travers son volume dans cette collection. Nous exprimons notre gratitude à Jeff Young, Wendy Behary, Paul Kasyanik, Gerhard Zarbock, Eckhard Roediger, Dave Edwards, Heather Fretwell et Denise Davis pour leur soutien indéfectible et les opportunités d'échanges autour de ce travail. Nous sommes en outre redevables à Jeff et Wendy pour leur préface et à Eckhard, Dave, Heather et Denise pour leur révision. Les responsables d'édition de Guilford Press ont fait preuve de patience et de soutien tout au long de ce processus. Nous tenons particulièrement à remercier Kitty Moore, Carolyn Graham, la très minutieuse rédactrice finale Margaret Ryan et la responsable du projet éditorial Anna Brackett.

Ce livre n'aurait pas été possible sans les nombreux thérapeutes qui ont participé aux ateliers d'AE/AA que nous avons animés à travers le monde. Nous apprécions leurs commentaires sur ce volume. Nos supervisés nous ont également beaucoup appris dans le cadre de notre travail avec eux.

Nous remercions également pour leur soutien et leur amour nos trois petits yorkshires, Ziggy, Zoé et Zach, qui ont campé sous nos ordinateurs et sur nos genoux pendant que nous travaillions à l'élaboration de cet ouvrage.

CHAPITRE 1

Introduction à l'expérimentation de la thérapie des schémas

Nous vous souhaitons la bienvenue dans *Expérimentez la thérapie des schémas*. Ce travail est le résultat de nombreuses années d'animation de groupes de thérapeutes visant à appliquer la thérapie des schémas (TS) à soi-même et d'analyser le processus de cette expérience – ce que cela signifie pour vous personnellement et professionnellement en matière de compréhension des expériences de vos patients et des manières dont vous travaillez avec eux. Nous croyons toutes les deux que le processus d'auto-expérimentation/ auto-analyse (AE/AA) est une composante importante, sinon critique, de la formation en psychothérapie. La composante d'auto-expérimentation ne représente que la moitié de l'expérience d'AE/AA. L'autre élément tout aussi important est l'auto-analyse. Les questions d'analyse font passer le participant à l'AE/AA de l'expérience personnelle aux implications professionnelles. Là réside la différence entre l'AE/AA et la thérapie personnelle, qui se concentre principalement sur l'expérience personnelle. L'AE/AA est conçue comme une stratégie de formation ciblée qui établit un lien explicite entre le personnel et le professionnel en s'intéressant aux deux (Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff et Perry 2015).

Au cours des dix dernières années, nous avons dirigé des programmes d'AE/AA en TS d'une journée à travers dix pays dans le cadre des formations à la TS que nous dispensons. Notre croyance dans les avantages de l'AE/AA repose sur notre expérience personnelle, les commentaires des psychothérapeutes participant à nos formations, ainsi que les résultats des recherches qui les appuient (résumés dans Bennett-Levy *et al.*, 2015). Nous avons toutes deux suivi une thérapie de groupe de type AE/AA et une thérapie individuelle. Nous considérons l'auto-expérimentation de la TS comme un processus pouvant se poursuivre tout au long de la vie. Nous sommes convaincues que le travail que nous avons accompli au cours de nos années de formation a contribué à renforcer nos modes sains et nous a permis de rester dans une posture adaptée pendant les années

où nous avons travaillé avec des patients difficiles et créatifs souffrant de troubles de la personnalité sévères. Les thérapeutes participants ont formulé des commentaires (présentés à la fin du livre) très positifs concernant la connaissance de soi des thérapeutes, la compréhension des interventions en matière de TS et une meilleure compréhension des besoins et expériences des patients. En tant que psychothérapeutes et formatrices en exercice, l'occasion de rédiger cet ouvrage et de faire part de l'expérience de la TS à un groupe encore plus large de thérapeutes nous a beaucoup plu. Nous ne connaissons pas d'autres manuels d'AE/AA utilisant des interventions de TS.

Dans ce chapitre, nous présentons une brève introduction à l'AE/AA, discutons du bien-fondé de l'inclusion de cette composante spécifique dans la formation en TS, résumons brièvement les recherches évaluant l'AE/AA et décrivons le plan du reste de l'ouvrage.

Qu'est-ce que l'AE/AA?

L'AE/AA est un programme de formation pour psychothérapeutes qui combine une pratique guidée de l'auto-expérimentation avec une auto-analyse écrite. Elle fournit une expérience structurée de l'utilisation des interventions de TS sur vous-même, suivie de questions pour vous aider à vous analyser. Les questions d'auto-analyse comprennent une analyse de votre expérience de l'intervention, de la façon dont vous pensez que cette expérience affectera votre compréhension des patients et votre travail avec eux, et une analyse de la façon dont elle affectera votre compréhension de la TS. Les étapes que nous suivons au fil des 20 modules du programme suivent essentiellement la même progression que celle que nous utilisons en TS avec les patients. La différence entre ce manuel du thérapeute et ceux de nos patients est que nous fournissons des renseignements sur le pourquoi des interventions et des directives pour les mettre en œuvre dans votre pratique, tout en mettant l'accent sur votre expérience. Pour plus d'informations sur la TS et la mise en œuvre des interventions de TS, voir Farrell et Shaw (2012) et Farrell, Reiss et Shaw (2014).

La raison d'être de l'AE/AA

Ce manuel est conçu pour être utile à un large éventail de thérapeutes et d'étudiants en psychologie. Peut-être souhaitez-vous en apprendre davantage sur la TS, que vous en soyez au début de votre formation en TS ou que vous soyez un schéma-thérapeute et superviseur certifié expérimenté. Le fait que les psychothérapeutes suivent une autopsychothérapie est une tradition qui remonte à Freud. La thérapie individuelle traditionnelle se concentre sur le soi-thérapeute. La capacité du thérapeute à identifier, à interroger et à utiliser de façon constructive le contenu de ses croyances, hypothèses, émotions et comportements, déclenchés par le processus interpersonnel de la relation

thérapeutique, est considérée comme un élément important du succès du traitement en thérapie cognitive (Safran et Segal, 1996). La plupart des psychothérapeutes qui suivent une formation en TS ont une expérience de l'auto-évaluation, notamment le Questionnaire des schémas de Young (QSY) et l'Inventaire des modes de schéma (IMS), qui leur permettent d'identifier leurs schémas précoces inadaptés et leurs modes dysfonctionnels. Ils formulent également leur propre conceptualisation de cas de TS en utilisant le même format que les patients. Être capable de reconnaître et de répondre à sa propre activation de schéma et son propre déclenchement de mode quand on travaille avec un patient est une partie fondamentale de la formation et de la supervision en TS. Haarhoff (2006) a identifié les schémas les plus courants chez les thérapeutes en formation comme étant des thèmes d'idéaux exigeants, de droits exagérés et d'abnégation. Elle suggère qu'il est important, dans la formation et la supervision des thérapeutes, de faciliter la compréhension des effets perturbateurs potentiels de l'activation de ces schémas dans le travail avec les patients. Elle a émis l'hypothèse que le schéma de droits exagérés pourrait être une surcompensation palliant l'inconfort de la position d'apprenant. L'auto-analyse est un élément essentiel de la supervision en TS. La compréhension consciente de ses propres émotions, sentiments, pensées et attitudes au moment de leur apparition et la capacité de suivre leur évolution dans le temps font partie des habiletés les plus importantes des thérapeutes et des superviseurs.

L'importance du soi-thérapeute est soulignée dans le modèle de la TS. Le modèle de la TS postule que les problèmes psychologiques à l'âge adulte trouvent leur origine dans les déficits des besoins fondamentaux vécus durant l'enfance et l'adolescence. Par conséquent, il existe des lacunes dans l'apprentissage émotionnel qui, dans le cas d'un développement sain, sont comblées par les parents ou les personnes qui s'occupent des jeunes enfants. En TS, les besoins non satisfaits et lacunes de développement (p. ex. l'attachement insécuré) sont comblés par des expériences émotionnelles correctives avec le thérapeute (ou le groupe). Pour cette raison Young (Young, Klosko et Weishaar, 2003) a nommé le style du thérapeute en ST *reparentage limité*. Dans un *reparentage limité*, un schéma-thérapeute doit être capable d'être présent et à l'écoute du patient, mais aussi un Bon Parent qui, dans des limites professionnelles, est chaleureux, attentionné et validant; soutient la conscience et l'expression émotionnelles; fixe des limites quand c'est nécessaire; et encourage finalement l'autonomie. Ces fonctions exigent beaucoup de conscience de soi de la part du thérapeute, de l'aisance avec ses propres émotions et celles du patient, et des habiletés interpersonnelles. L'autothérapie est encouragée et parfois fortement recommandée pour les psychothérapeutes se formant à la TS. Les thérapeutes reçoivent des crédits pour ces heures en vue d'une certification internationale en tant que schéma-thérapeute. Une journée d'auto-expérimentation de TS en groupe est un élément obligatoire du processus de certification en TS de groupe. De plus, la pratique des jeux de rôle en dyade ou en groupe est une composante importante de la formation en TS, ce qui donne aux thérapeutes une autre occasion de faire l'expérience des interventions, même s'il s'agit de jouer un rôle de patient. L'importance accordée aux jeux de rôle dans la formation des schéma-thérapeutes est confirmée par le constat

que les thérapeutes dont la formation comprend un grand nombre de pratiques d'intervention ont de meilleures performances de prise en charge que ceux dont la formation est principalement didactique (Ten Napel-Schutz, Tineke, Bamelis et Arntz, 2016). La composante d'auto-analyse utilisée ici facilite une analyse spécifique de la façon dont votre expérience de l'auto-expérimentation affecte à la fois votre compréhension de vos patients et votre pratique future avec eux. Ainsi, elle dépasse la focalisation sur la conscience de soi personnelle de la psychothérapie individuelle pour les thérapeutes afin de s'attacher spécifiquement aux effets de la psychothérapie AE/AA sur la pratique professionnelle. L'AE/AA a le potentiel d'être bénéfique à la fois pour votre vie personnelle et professionnelle.

Résultats de la recherche : les avantages de l'AE/AA pour les psychothérapeutes

Notre croyance en les avantages de l'AE/AA à laquelle nous ont amenées de nombreuses années d'animation d'ateliers s'est trouvée renforcée par la validation empirique qu'ont fournie les recherches de Bennett-Levy et de ses collaborateurs sur la version de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de ces programmes. La validation empirique de l'AE/AA en TCC est décrite en détail dans Bennett-Levy *et al.* (2015) et dans des articles récents (Davis, Thwaites, Freeston et Bennett-Levy, 2015 ; Haarhoff, Thwaites et Bennett-Levy, 2015 ; Farrand, Perry et Linsley, 2010). Nous résumons ici brièvement ces résultats et vous renvoyons à ces publications pour plus de détails.

Le nombre croissant de recherches empiriques évaluant l'AE/AA en TCC démontre que le programme améliore la compréhension du modèle, les compétences en TCC, la confiance en soi en tant que thérapeute et la confiance dans la fiabilité du modèle. Les participants font état d'un «sentiment plus profond de connaître» la thérapie. Ils rendent également compte de capacités d'analyse améliorées, une compétence métacognitive importante pour la formation continue des thérapeutes. L'AE/AA a également démontré des changements dans l'attitude des thérapeutes à l'égard des patients, à savoir une amélioration des compétences interpersonnelles et une empathie accrue pour les patients. Les participants font état de connaissances approfondies et de changements dans le «soi personnel» et le «soi-thérapeute», d'une capacité d'analyse accrue et d'une approche plus individualisée à l'égard de chaque patient.

Grâce à l'auto-expérimentation, les thérapeutes éprouvent les difficultés du changement que les patients sont appelés à affronter. Des avantages se manifestent tant pour les débutants que pour les pratiquants expérimentés. Les psychothérapeutes ayant moins d'expérience signalent des avantages dans le domaine des connaissances déclaratives et des habiletés d'intervention. Les plus expérimentés font état d'avantages sur le plan des compétences interpersonnelles, de l'amélioration de leur talent et des métacompétences comme la souplesse et la capacité d'analyse. Certains thérapeutes rapportent en outre que l'AE/AA peut aussi augmenter la résilience et diminuer la propension

à l'épuisement professionnel (Haarhoff, 2006). Bennett-Levy *et al.* (2015) suggèrent que l'AE/AA est susceptible de jouer un rôle important et unique dans la formation et le développement des thérapeutes, parce qu'elle intègre d'une part la compréhension déclarative et les habiletés procédurales, et d'autre part, les aspects conceptuels interpersonnels et techniques, et enfin améliore la communication entre le soi personnel et le soi-thérapeute. Bien que cela n'ait pas encore été testé, il est raisonnable de supposer que les mêmes effets seraient observés concernant l'AE/AA en TS.

Orientation des chapitres et des modules du manuel

Dans le **chapitre 2**, nous proposons un résumé du modèle conceptuel et des interventions de la TS. Il s'agit d'une synthèse utile pour ceux qui n'ont pas terminé la formation en TS et d'un cadre référence du manuel pour ceux qui connaissent bien la TS. Nous vous renvoyons à certains textes sur le modèle de la TS pour une étude plus approfondie : *La thérapie des schémas* (Young *et al.*, 2017) pour la théorie, ainsi que *The Schema Therapy Clinician's Guide* (Farrell *et al.*, 2014) et *Schema Therapy in Practice* (Arntz et Jacob, 2012) pour les interventions. Dans un objectif de prise en charge de troubles spécifiques, nous recommandons *Disarming the Narcissist* (Behary, 2014) et *Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder* (Farrell et Shaw, 2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (van Vreeswijk, Broersen et Nadort, 2012) est aussi une excellente référence et comporte des chapitres sur divers domaines de TS rédigés par des experts reconnus en TS.

Le **chapitre 3** s'adresse à vous en tant que participant et fournit des suggestions sur la façon d'aborder les modules du manuel et le processus d'auto-analyse. Les thérapeutes ne savent pas nécessairement s'analyser. Cette section contient une structure d'auto-analyse et des suggestions afin de développer vos capacités d'analyse. L'autosoin est également abordé, car il s'agit encore d'un domaine négligé dans la formation des thérapeutes et pour lequel nous pensons qu'il est important d'élaborer un plan individuel. L'ensemble des trois premiers chapitres est conçu pour renforcer votre engagement avec l'AE/AA et pour soutenir vos efforts afin de tirer le meilleur parti d'*Expérimentez la thérapie des schémas*. **Il est essentiel de lire le chapitre 3** avant de commencer les modules, car il aborde le sujet crucial de l'élaboration d'une stratégie de sécurité pour vous-même.

Le **chapitre 4** décrit l'utilisation du manuel dans un environnement de groupe. Nous avons présenté l'AE/AA à des groupes de thérapeutes allant de stagiaires en psychologie à des superviseurs expérimentés en TS, en passant par des résidents en psychiatrie. Pour tous, l'expérience mène à la fois à une nouvelle conscience de soi et à une conscience accrue de l'expérience de leurs patients en TS. L'expérience du déclenchement du mode Enfant vulnérable dans un exercice permet au thérapeute de mieux comprendre le courage qu'il faut à nos patients pour accéder à ce mode. L'animation d'un programme d'AE/AA n'est pas si différente pour les superviseurs de

TS que la supervision de TS de groupe, car les superviseurs de TS doivent jouer les rôles de superviseur, de mentor et de thérapeute en utilisant un reparentage limité. L'animation d'un groupe d'AE/AA diffère de celle d'un groupe de patients, mais nous avons constaté qu'il est tout aussi important pour les thérapeutes que pour les patients d'entendre la position de reparentage – par exemple, affirmer que vous serez protégé lorsque vous serez en mode Enfant vulnérable. Un élément clé pour favoriser l'implication dans le processus d'AE/AA consiste à s'assurer que les participants se sentent en sécurité lorsqu'ils partagent leurs auto-analyses. Dans le chapitre 4, nous discutons des bonnes pratiques que nous avons trouvées utiles à la fois pour les animateurs d'AE/AA et pour les participants.

Les 20 modules d'AE/AA en TS sont présentés en six parties qui correspondent aux phases de la TS : lien et sécurité, évaluation et conceptualisation, travail de changement de mode (divisé en interventions cognitives, expérientielles [axées sur les émotions] et de changement de *patterns* comportementaux) et autonomie. La progression des modules reflète les étapes que nous suivons avec nos patients. Les modules sont consécutifs, et nous vous suggérons de les suivre dans l'ordre, car chacun d'entre eux s'appuie sur ceux qui le précèdent. Il y a d'importantes différences entre ce manuel du thérapeute et ceux de nos patients. Nous fournissons des informations sur les pourquoi de l'intervention et sur la mise en œuvre des interventions dans les sections «Notes». Chaque exercice s'accompagne d'exemples basés sur trois expériences de thérapeute, que nous décrivons au chapitre 3, et des questions d'auto-analyse sont formulées pour chaque module. Puisqu'il s'agit d'un manuel d'auto-expérimentation, une autre différence est que, dans le module 13, vous passerez en revue le travail que vous avez accompli jusqu'à présent et déciderez si vous devez poursuivre plus en profondeur le travail expérientiel pour les modes Enfant ou passer aux modules 19 et 20 afin de travailler sur le mode sain.

Structure des modules du manuel

Le module 1 fournit quelques mesures de sécurité à utiliser au fur et à mesure que vous parcourrez le manuel. Ces mesures doivent être incluses dans votre stratégie de sécurité personnelle, comme le décrit le chapitre 3. Le module 2 comprend des questionnaires d'autoévaluation sur la qualité de vie et des questions tirées du QSY et de l'IMS. Les autres modules du manuel sont organisés selon les sections suivantes :

Notes : matériel théorique ou clinique supplémentaire à destination des psychothérapeutes, qui place le module dans le contexte de la TS.

Exemple : d'un des trois thérapeutes.

Exercice : la section d'auto-expérimentation.

Questions d'auto-analyse.

Devoir de thérapie (tous les modules n'incluent pas cette section).

Certains des modules comportent plus d'un exercice. Vous pouvez décider de faire un exercice par séance et de revenir la prochaine fois au deuxième exercice. Ainsi, vous pouvez passer une semaine sur l'un des modules et trois semaines sur un autre, qui compte plus d'exercices. Allez-y à votre rythme. Nous vous suggérons de décider du nombre d'heures que vous êtes disposé à consacrer chaque semaine et de vous y tenir.

Votre engagement dans l'AE/AA

L'engagement dans le processus d'AE/AA est fortement corrélé au niveau de bénéfice que l'on en tire (Bennett-Levy et Lee, 2014). Il n'est pas surprenant que l'engagement ait une incidence sur les avantages que procure l'AE/AA, tout comme pour les patients en TS. Parmi les facteurs qui influent sur l'engagement figurent l'aspect obligatoire (p. ex. une exigence de programme de formation) ou facultatif (p. ex. sur le lieu de travail mais sans aucune vérification) de la participation ainsi que le degré de sécurité et de confidentialité qui est garanti. Nous gageons que, si vous décidez d'utiliser ce manuel, cela signifie que vous êtes en mesure d'y consacrer un temps régulier et constant, et d'utiliser le format (autodirigé, en paire ou en groupe) qui vous assure la sécurité et la confidentialité dont vous avez besoin. C'est une chose que vous pouvez faire par étapes, comme nous le suggérons dans l'évaluation du module 13. Il peut être opportun de faire une partie du travail cognitif, mais pas celui axé sur les émotions ou sur l'expérience. Bien sûr, n'oubliez pas que, pour être en conformité avec les exigences de la TS, les trois composantes doivent être intégrées : cognitive, expérientielle et comportementale. Nous escomptons que ce travail changera votre vie personnelle et professionnelle, tout comme celle de nombreux thérapeutes avant vous.

CHAPITRE 2

Le modèle conceptuel de la thérapie des schémas

Dans le chapitre 1, nous vous avons présenté l'utilisation de l'AE/AA pour les thérapeutes en vous exposant sa raison d'être, ses avantages potentiels et un résumé des résultats de la recherche. Le but du présent chapitre est de synthétiser le modèle, les concepts de base, les étapes et les interventions de la TS qui constituent le contenu de ce manuel.

Contexte général

La TS est le fruit des efforts déployés par Young et d'autres pour traiter plus efficacement les patients atteints de troubles de la personnalité et ceux qui ne répondent pas à la thérapie cognitive traditionnelle ou qui rechutent après celle-ci (Young, 1990 ; Young *et al.*, 2003 ; Arntz, 1994 ; Farrell et Shaw, 1994, 2012 ; Farrell *et al.*, 2014). Young a élaboré le modèle conceptuel de la TS axé sur la thérapie individuelle (Young *et al.*, 2003).

Parallèlement, nous avons mis au point indépendamment un modèle de groupe, initialement axé sur le traitement des patients atteints du trouble de la personnalité borderline (Farrell et Shaw, 1994, 2012 ; Farrell *et al.*, 2014 ; Zarbock, Rahn, Farrell et Shaw, 2011). Nous nous sommes concentrées sur la mise au point d'interventions expérientielles pour combler les lacunes dans l'apprentissage émotionnel et fournir des expériences émotionnelles correctives liées à l'attachement et à la régulation émotionnelle. Comme Young, nous avons eu recours à un style thérapeutique de reparentage limité adapté pour répondre aux besoins d'un groupe, y compris des expériences familiales correctives limitées. Nous sommes passées d'une focalisation sur les schémas à l'utilisation du concept de mode de Young, et notre modèle est reconnu comme une version de groupe de la TS. Récemment, des adaptations de la TS pour les enfants et

les adolescents (Loose, Graf et Zarbock, 2013 ; Romanova, Galimzyanova et Kasyanik, 2014) et pour les couples (Simone-DiFranscesco, Roediger et Stevens, 2015) ont été développées.

La TS est un modèle complet et théoriquement cohérent. Bien qu'elle intègre stratégiquement des interventions d'autres modèles de psychothérapie, comme la thérapie cognitivo-comportementale, la gestalt et la thérapie axée sur les émotions, elle demeure unique. La TS est conforme à la recherche sur la théorie de l'attachement, la psychologie du développement (p. ex. la théorie de l'attachement de Bowlby [résumée dans Cassidy et Shaver, 1999]) et la neurobiologie (Siegel, 1999). L'un des aspects uniques de la TS est son intégration complète d'interventions expérientielles, cognitives et comportementales qui brisent les *patterns* comportementaux pour atteindre les objectifs du traitement. Ces trois types d'intervention sont nécessaires à l'adhésion au modèle de la TS. Nous supposons que l'efficacité du traitement pour les TS individuelles, de groupe et combinées, décrite ci-dessous, est due, en partie, à cette approche intégrative qui facilite l'amélioration du fonctionnement ainsi que la réduction des symptômes et facilite le changement de personnalité à long terme des patients.

La validation empirique de la TS

L'efficacité de la TS chez les patients atteints de TPB a été validée empiriquement à l'occasion de plusieurs études à grande échelle sur la TS individuelle : Giesen-Bloo *et al.* (2006) ; Nadort *et al.*, (2009) ; un essai randomisé contrôlé (ERC) sur la TS de groupe (Farrell, Shaw et Webber, 2009) et plusieurs études pilotes (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw et Farrell, 2014 ; Dickhaut et Arntz, 2014). La TS a prouvé son efficacité lors d'un vaste essai multisite sur les troubles du cluster C (Bamelis, Evers, Spinhoven et Arntz, 2014), d'une étude sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ; Cockram, Drummond et Lee, 2010), une autre sur les troubles mixtes de la personnalité (Muste, Weertman et Classen, 2009) et une encore sur les patients ayant un trouble de la personnalité et soumis à expertise médico-légale (Bernstein *et al.*, 2012). L'efficacité de la TS dont font état ces études comprend l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie ainsi que la réduction des symptômes prédominants et de la sévérité globale de la psychopathologie.

Ces résultats ont conduit à une utilisation croissante de la TS et à d'autres études dans le monde entier afin d'évaluer son efficacité avec d'autres troubles. Les études en cours sur la TS groupe et individuelle combinées couvrent le TPB (Wetzelaer *et al.*, 2014), le trouble de la personnalité évitante et la phobie sociale (Baljé *et al.*, 2004), 2016), les troubles mixtes de la personnalité (Simpson, Skewes, van Vreeswijk et Samson, 2015) et les traumatismes complexes (Younan, May et Farrell, sous presse) ; des études sont en cours sur la TS individuelle chez les patients souffrant de dépression (Renner, Arntz, Peeters, Lobbstaël et Huibers, 2016 ; Malogiannis *et al.*, 2014), les patients présentant des problématiques gériatriques (Videler, Rossi, Schoevaars, van der Feltz-Cornelis et

van Alphen, 2014) et les patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité (Shaw, Farrell, Rijkeboer, Huntjens et Arntz, 2015).

Les programmes de traitement par TS évalués varient en durée, allant de vingt séances à un rythme dégressif sur deux ans, et sont proposés à divers niveaux de soins (hospitalisation, hôpital de jour, consultations externes hebdomadaires) et cadres de traitement (hôpitaux publics et privés, cliniques externes et contextes judiciaires).

L'approche de la TS est jugée positivement par les patients et les thérapeutes (de Klerk, Abma, Bamelis et Arntz, 2017 ; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman et Arntz, 2007). En outre, il existe de plus en plus de preuves de l'efficacité en fonction du coût des TS dans la modalité individuelle (van Asselt *et al.*, 2008 ; Bamelis *et al.*, 2015).

Concepts clés de la TS

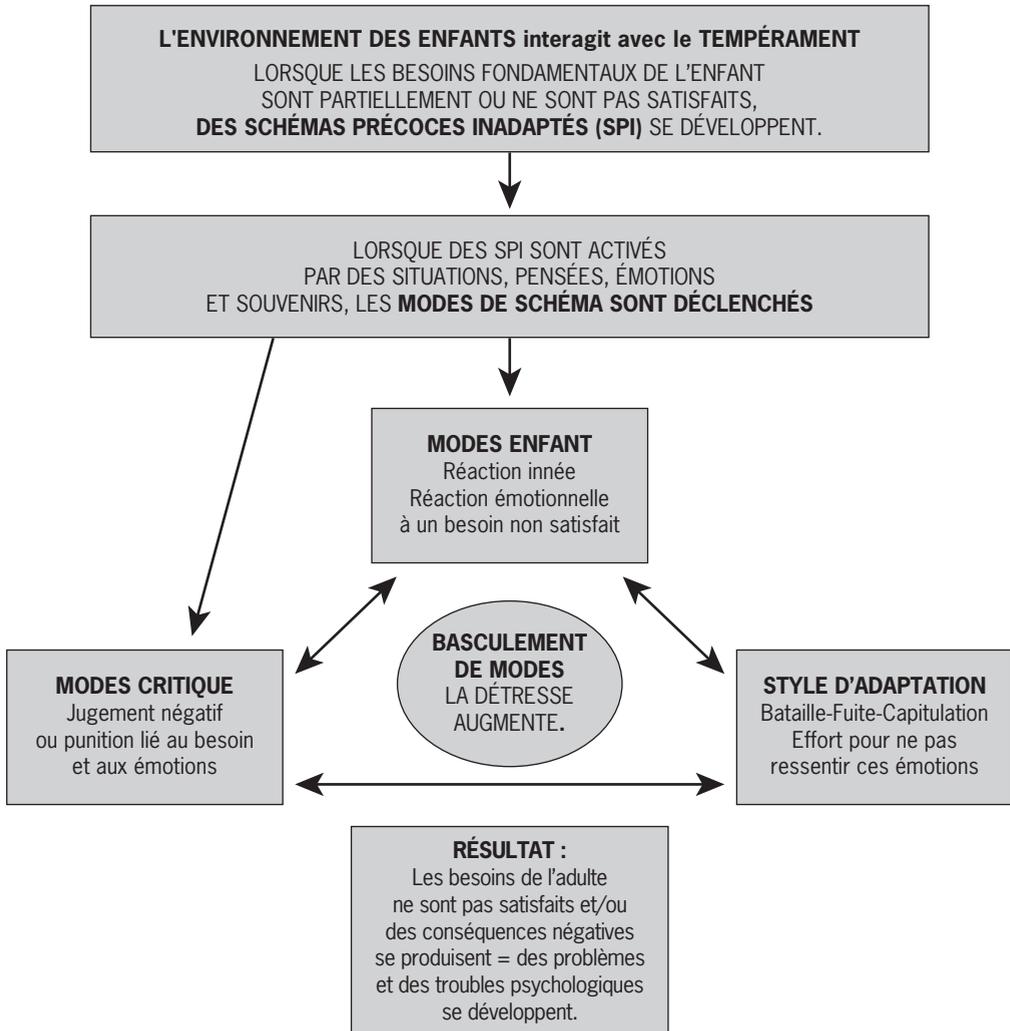
Les besoins fondamentaux de l'enfance

Le modèle de la TS affirme que l'étiologie des difficultés de la vie adulte réside dans le degré d'insatisfaction des besoins fondamentaux de l'enfance. Ces besoins de base concernent :

- L'attachement ;
- La liberté d'expression des émotions et la validation de ces dernières et des besoins ;
- Des limites réalistes pour favoriser le contrôle de soi ;
- L'autonomie, la compétence et l'identité ;
- La spontanéité et le jeu.

La figure 2.1 résume l'étiologie de la psychopathologie dans le modèle de la TS.

FIGURE 2.1 L'ÉTILOGIE DES PROBLÈMES ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DANS LE LANGAGE DE LA TS.



Les schémas précoces inadaptés

Le modèle étiologique de la TS suppose que, lorsque les besoins normaux et sains de développement de l'enfant ne sont pas satisfaits, des schémas précoces inadaptés (SPI) se développent. Les SPI sont des constructions psychologiques composées de croyances inconditionnelles et inadaptées par rapport à nous-mêmes, au monde et aux autres personnes. On pense qu'ils résultent des interactions entre les besoins fondamentaux non satisfaits de l'enfance, le tempérament inné et l'environnement de la petite enfance. Le tableau 2.1 présente les 18 SPI que Young (Young *et al.*, 2003) a identifiés, organisés autour des cinq besoins fondamentaux de l'enfance.

La définition des SPI dans le cadre de la TS comprend les souvenirs, les sensations corporelles, les émotions et les cognitions supposés provenir de l'enfance et de l'adolescence et qui sont élaborés et évalués tout au long de la vie d'une personne. Ils peuvent filtrer les expériences reçues et déformer leur signification pour confirmer les SPI. Ces SPI ont souvent un rôle d'adaptation dans l'enfance (p. ex. en ce qui concerne la survie dans une situation de privation ou de violence). Cependant, à l'âge adulte, ils sont inexacts, dysfonctionnels et limitatifs, bien qu'ils soient fortement ancrés, souvent sans que la personne en soit consciente. La TS suppose que le nombre de SPI d'une personne ainsi que la fréquence, la durée et l'intensité de leur activation, déterminent en partie la sévérité de la détresse et des problèmes psychologiques de l'individu. Par exemple, dans le QSY, les personnes atteintes de TPB manifestent la plupart des 18 SPI à des niveaux d'intensité élevés (Young *et al.*, 2003). Les populations de tout-venant (y compris les thérapeutes) présentent moins de SPI, à des niveaux inférieurs et activés moins fréquemment. Cependant, la plupart des gens manifestent au moins certains SPI. Tout comme les traits de personnalité, les SPI sont toujours présents mais inactifs jusqu'à ce qu'ils soient déclenchés. Le tableau 2.2 présente les dix SPI avec lesquels nous travaillerons en AE/AA, avec les besoins non satisfaits, les environnements typiques de l'enfance et les expressions dans l'enfance et à l'âge adulte qui y correspondent.

TABLEAU 2.1 RELATION ENTRE LES SPI ET LES BESOINS NON SATISFAITS

SPI	BESOINS NON SATISFAITS
<p>Séparation et rejet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandon/Instabilité • Méfiance/Abus • Manque Affectif • Imperfection/Honte • Isolement Social/ Aliénation 	<p>Attachement sécure : soin, acceptation, protection, amour, validation</p>
<p>Manque d'autonomie et de performance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance/Incompétence • Peur du Danger/de la Maladie • Fusionnement/ Personnalité Atrophiée • Échec 	<p>Autonomie, compétence, sentiment d'identité</p>
<p>Manque de limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • Droits Personnels Exagérés/ Grandeur • Contrôle de Soi/ Autodiscipline Insuffisants 	<p>Limites réalistes, contrôle de soi</p>
<p>Orientation vers les autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abnégation • Assujettissement • Recherche d'Approbation/ de Reconnaissance 	<p>Expression libre des besoins et des émotions</p>
<p>Surveillance et inhibition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Négativité/Pessimisme • Surcontrôle Émotionnel • Idéaux Exigeants/Critique Excessive • Puniton 	<p>Spontanéité, jeu</p>

Les modes de schéma

Lorsque des schémas inadaptés sont activés, des états intenses se produisent ; Young (Young *et al.*, 2003) appelle ces états « modes de schéma ». **Ces modes de schéma sont définis comme les états émotionnels, cognitifs, comportementaux et neurobiologiques actuels qu'une personne expérimente.** Ils reflètent des aspects de soi qui ne sont pas entièrement intégrés. Les modes dysfonctionnels surviennent le plus souvent lorsque plusieurs schémas inadaptés sont activés. Les quatre principales catégories de modes – les modes Enfant innés, les modes Critique dysfonctionnels, les modes d'adaptation dysfonctionnels et les modes sains – sont définies dans le tableau 2.3.

Les modes de schéma dysfonctionnels

Les modes Enfant innés

Les modes Enfant innés impliquent les réactions innées d'un enfant lorsqu'un ou plusieurs besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits de façon adéquate. Ces modes sont souvent vécus comme des régressions vers des états émotifs intenses comme ceux de l'enfance où un besoin fondamental, tel que la sécurité ou l'attachement sécure, n'était pas satisfait. Dans ces modes, les gens semblent beaucoup plus jeunes que leur âge chronologique et se sentent comme un petit enfant. L'émotion est prédominante dans l'expérience de ces modes.

Le mode Enfant vulnérable

Il existe plusieurs variantes et intensités du mode Enfant vulnérable : abandonné, maltraité, anxieux, solitaire, dépendant, humilié. En TS, la variante vécue par un patient est identifiée et désignée par un nom personnel : par exemple, Petit Johnny solitaire, Melissa apeurée. En mode Enfant vulnérable, une personne expérimente la détresse d'un besoin non satisfait avec des émotions intenses telles que la peur, la solitude, l'anxiété, la dépréciation de soi, le sentiment de ne pas mériter l'amour, le pessimisme et la fragilité. Dans ce mode, une personne ressent l'impuissance d'un jeune enfant et se tourne vers les autres pour obtenir aide et protection. Ce mode a plusieurs niveaux d'intensité, allant de la conscience d'une personne généralement saine que sa réaction est démesurée au regard de la situation actuelle et qu'elle a touché à un problème de schéma, au désespoir d'un patient atteint de TPB qui fait une tentative de suicide pour mettre fin à la douleur extrême du mode Enfant abandonné.

TABLEAU 2.2 ÉLABORATION ET EXPRESSION DES 10 SCHÉMAS QUE NOUS EXPLORONS DANS LES MODULES DU MANUEL

SCHÉMA	BESOINS NON SATISFAITS	ENVIRONNEMENT PRÉCOCE	EXPRESSION PENDANT L'ENFANCE	EXPRESSION À L'ÂGE ADULTE
Abandon/Instabilité	Sûreté, sécurité	Imprévisible, solitaire	La peur, l'agrippement, le manque de lien	Les autres sont perçus comme peu fiables
Manque Affectif	Soutien émotionnel, empathie	Froid, indifférent, détaché	Solitaire, vide	Vide, manque de lien
Imperfection ; Honte	Acceptation, amour	Rejetant	Insécurité au sujet des comparaisons, gêne	Hypersensible à la critique ; peu sûr de lui, honteux
Isolément Social ; Aliénation	Appartenance	Isolé	Solitaire, isolé	Solitaire, isolé
Abnégation	Les besoins de l'enfant sont valorisés	Les besoins des parents d'abord	Les besoins des autres sont plus importants	Sensibilité aiguë aux besoins des autres
Recherche d'Approvation ou de Reconnaissance	Validation de soi, unicité et estime de soi	Oubli de soi-même pour obtenir l'approbation ; priorité accordée au statut social	Concentré sur l'approbation, le conformisme, au détriment du développement de l'identité personnelle	Les décisions de vie sont inauthentiques ou insatisfaisantes
Surcontrôle Émotionnel	Soutien émotionnel, validation ; encouragement de l'expression émotionnelle	Suppression émotionnelle, axé sur les règles	La colère/agression, le jeu, la joie, la spontanéité sont inhibés.	Importance de la rationalité ; difficulté à exprimer ses sentiments
Ideaux Exigeants ; Critique Excessive	Exigences réalistes	Exigeant, perfectionniste, intolérant aux erreurs	Exigences élevées, travail pour éviter la critique, peu de plaisir	Hypercritique, perfectionniste et rigide ; compromet les relations
Échec	Encouragement, validation des forces et des compétences	Échec de l'enfant escompté	Se sent inadéquat, inférieur	L'échec est inévitable, alors pourquoi essayer ?
Droits Personnels Exagérés, Grandeur	Limites réalistes	Sentiment de supériorité	Spécial, peut faire tout ce qu'il ou elle veut	Sentiment de supériorité, importance de la puissance et du contrôle

Note. Adapté de Farrell et Shaw (2012).

TABLEAU 2.3 LES MODES DE SCHÉMA

Modes Enfant innés	Enfant vulnérable Enfant coléreux Enfant impulsif ou indiscipliné	Réponses innées aux besoins non satisfaits de l'enfance qui se déclenchent à l'âge adulte lorsque les schémas sont activés.
Modes Critique dysfonctionnels	Critique punitif Critique exigeant	Internalisation sélective des aspects négatifs des figures d'attachement naturelles de l'enfance (parent, nounou, enseignant, etc., groupe de pairs adolescents). Le Critique punitif est sévère et punitif; le Critique exigeant établit des normes et des attentes inaccessibles.
Modes d'adaptation dysfonctionnels	Surcompensateur (Surcontrôleur perfectionniste, Auto-Magnificateur, Agresseur brutal, Demandeur d'approbation) Protecteur évitant (Protecteur détaché, Auto-Tranquillisateur détaché) Soumis obéissant à l'un des schémas; la personne agit comme si le SPI était vrai.	Surutilisation des réponses de survie aux besoins non satisfaits et aux traumatismes – diverses stratégies de fuite (évitement), bataille (surcompensation), et/ou capitulation (soumission) déclenchées lorsque le(s) schéma(s) est (sont) activé(s)
Modes sains	Enfant heureux Adulte sain	Modes de fonctionnement adaptatifs qui s'accompagnent d'un sentiment de bien-être et d'épanouissement

Le mode Enfant coléreux

Le mode Enfant coléreux est une autre réaction innée à l'absence de satisfaction d'un besoin fondamental, qui peut être exprimée de façon inappropriée, y compris par une colère, une frustration ou une impatience intense. La personne se sent enragée et peut devenir exigeante, contrôlante, abusive ou dévalorisante envers les autres. C'est le cas, par exemple, de l'accès de colère d'un jeune enfant lorsqu'on lui dit non à un besoin fondamental. Chez un adulte, le mode Enfant coléreux se caractérise par une intensité disproportionnée et une forme de colère enfantine. Souvent, ce mode bascule en mode Enfant impulsif, et la personne agit impulsivement pour répondre à ses besoins.

Les modes Enfant impulsif et indiscipliné

Ces modes incluent des comportements égoïstes ou incontrôlés lorsque des besoins non fondamentaux ne peuvent être satisfaits. Dans la version extrême de ce mode, la personne peut sembler irréfléchie ou manipulatrice aux yeux des autres. L'Enfant indiscipliné rencontre des difficultés à accomplir les tâches routinières; l'adulte dans ce mode reporte ou abandonne les tâches ennuyeuses, monotones ou les responsabilités

domestiques pour des activités plus agréables. Ces modes résultent de besoins non satisfaits et de l'absence de limites saines dans l'enfance.

Les modes Critique dysfonctionnels

Young a d'abord décrit ces modes comme les modes Parent (Young *et al.*, 2003). Nous les appelons modes Critique, parce qu'ils reflètent également l'intériorisation sélective des aspects négatifs de diverses figures d'attachement (p. ex. parents, enseignants, pairs) durant l'enfance et l'adolescence. Le terme « critique », plus général que « parent », évite de déclencher des conflits de défense et de loyauté familiale et permet de ne pas mêler les parents au traitement des patients lors de l'évocation des souvenirs d'enfance ou d'adolescence. Ces deux modes se vivent principalement par la pensée. Un basculement en mode Enfant peut se produire, et les émotions qui y sont associées sont alors ressenties.

Le mode Critique punitif

Dans ce mode, la personne estime que la punition est méritée ; elle se blâme ou blâme les autres dans ses pensées ou ses déclarations. Lorsque les messages du Critique punitif sont verbalisés, ils deviennent des actions interpersonnelles et sont identifiés comme un mode d'adaptation dysfonctionnel (p. ex. le mode Agresseur brutal). Le mode Critique punitif est une réponse au non-respect des règles, et non à la *nature* même des règles.

Le mode Critique exigeant

Le mode Critique exigeant, quant à lui, se concentre sur la *nature* des règles et croit qu'il y a une bonne façon de faire pour tout. Dans ce mode, des normes élevées sont fixées et la perfection est attendue. Une pression incessante pour de meilleures performances est vécue. Il y a toujours moyen d'en faire plus. Il n'est pas rare qu'une combinaison des deux modes Critique se produise.

Les modes d'adaptation dysfonctionnels

Les modes d'adaptation dysfonctionnels consistent principalement en actions ou comportements et se définissent comme une surutilisation des styles d'adaptation basés sur la survie : bataille (surcompensation), fuite (évitement), et capitulation (soumission). Les trois styles d'adaptation ont pour but de protéger la personne de la détresse (p. ex. tristesse, anxiété, colère, peur). Étant donné que ces modes fonctionnent habituellement de manière inconsciente, l'un des objectifs de la TS est d'aider les patients à prendre conscience de leur utilisation et de les remplacer par des réponses plus saines et plus adaptatives afin que leurs besoins soient satisfaits à l'âge adulte. Les modes d'adaptation dysfonctionnels sont similaires au concept de mécanismes de défense ; ces comportements

peuvent expliquer les symptômes de trouble de la personnalité tant pour les cliniciens que les patients. Les trois styles généraux d'adaptation en fonction desquels s'effectue la catégorisation en TS sont la surcompensation, l'évitement et la soumission.

Les modes d'adaptation de style surcompensateur

Le style surcompensateur ou « bataille » recouvre des modes dans lesquels une personne agit en opposition avec le ou les schémas qui sont déclenchés.

LE MODE AGRESSEUR BRUTAL

Dans ce mode de surcompensation, la personne essaie d'en faire souffrir une autre (verbalement, émotionnellement ou physiquement) pour combattre l'activation d'un schéma (p. ex. Imperfection/Honte). Dans sa version extrême, le mode Agresseur brutal peut impliquer des actes antisociaux ou criminels et présente un aspect sadique.

LE MODE SURCONTRÔLEUR PERFECTIONNISTE

Dans ce mode, l'accent est mis sur la protection contre une menace perçue ou réelle en tentant d'exercer un contrôle extrême sur soi-même et/ou les autres. Une version méfiante, caractérisée par la vigilance, un certain degré de paranoïa et de contrôle des autres, a également été identifiée.

L'AUTO-MAGNIFICATEUR

Le comportement des personnes dans ce mode consiste à se croire tout permis, à être compétitives, grandioses et/ou en quête d'un statut, afin d'obtenir ce qu'elles recherchent. Elles s'attendent à un traitement spécial et croient ne pas avoir à suivre les règles des gens ordinaires. Elles agissent de manière à se glorifier pour gonfler leur estime de soi et leur sentiment de supériorité.

LE MODE DE RECHERCHE D'ATTENTION/APPROBATION

Dans ce mode, une personne s'efforce toujours d'être reconnue comme spéciale et d'obtenir une approbation de manière excessive.

Les modes d'adaptation de style évitant

Le style évitant (« fuite ») implique un retrait physique, psychologique ou social et l'évitement pour se soustraire à la détresse ou à la douleur émotionnelle.

LE MODE PROTECTEUR DÉTACHÉ

Dans ce mode évitant, la personne est coupée de ses besoins et de ses émotions. Bien que ce mode semble supprimer les émotions douloureuses, il ne s'agit pas d'une expérience

positive, et il interagit avec l'appréciation des véritables attentes et besoins de la personne. Dans ce mode, la personne est physiquement présente, mais psychologiquement repliée sur elle-même. Les degrés de détachement s'étendent de « l'absence » ou d'une brève perte de concentration dans une interaction jusqu'à une dissociation sévère. Dans les versions plus extrêmes, une personne se sent engourdie, déprimée et vide. Les patients qui commencent une thérapie recourent couramment à ce mode, car il vise à protéger une personne en mode Enfant vulnérable de la peur ou d'autres sentiments douloureux qui peuvent être déclenchés lorsqu'elle parle de ses problèmes avec un thérapeute. Ces formes vont d'une version « bon patient » dans laquelle une personne est coopérative et superficielle, ne révélant pas de problèmes émotionnels, à une version « robotique ». Il s'agit d'un mode de protection commun, et même un certain nombre de personnes en meilleure santé réagissent souvent en Protecteur détaché dans certaines situations.

LE MODE AUTO-TRANQUILLISATEUR DÉTACHÉ

Dans ce mode d'évitement, la personne met fin à ses émotions en s'adonnant à des activités qui la distraient de ses émotions. Ces activités peuvent être stimulantes (p. ex. travail, jeux vidéo, sexualité avec des personnes inconnues, jeu d'argent, sports dangereux, abus de stimulants) ou apaisantes (p. ex. manger trop, regarder la télévision pendant de longues périodes, certains jeux vidéo, dormir trop, abus de sédatifs). Le principal problème est que l'activité soit suffisamment distrayante ou apaisante pour permettre à la personne de vivre l'expérience émotionnelle inconfortable.

LE MODE PROTECTEUR ÉVITANT

Dans ce mode, la personne n'est pas présente physiquement – par exemple, elle évite les activités sociales, le travail ou toute situation qui est vécue comme une menace susceptible de déclencher de fortes émotions.

LE MODE PROTECTEUR COLÉREUX

Dans ce mode, la personne tente de se protéger en érigeant un mur de colère pour garder les autres à distance. Le comportement est défensif, irritable et repoussant, non pas pour faire du mal aux autres, mais pour les tenir à l'écart. Dans ce mode, la personne rompt le lien avec les autres.

Les modes d'adaptation de style Soumis obéissant

Le troisième style d'adaptation (« capitulation ») consiste à céder ou à se soumettre au schéma qui a été activé. Par exemple, si le schéma de déclenchement est Imperfection/Honte, la personne répondant par la soumission admettra que les messages du schéma sont exacts : elle *est* imparfaite et devrait avoir honte, se comporter en conséquence, ne jamais relever de défis et travailler dur pour ne pas être considérée comme incompétente. Une personne qui cède au schéma Abnégation évalue les situations et agit pour

répondre aux besoins des autres avant les siens ou aux dépens des siens. Le Soumis obéissant est passif, docile et recherche des personnes et des situations qui maintiennent le modèle autodestructeur du schéma.

Le tableau 2.4 présente la relation entre les modes et les schémas en TS.

Les modes sains

La TS est une approche basée sur les points forts. Deux types de modes sains sont identifiés en TS : le mode Adulte sain et le mode Enfant heureux ou satisfait. L'objectif de la TS consiste à renforcer ces modes afin d'accroître la capacité d'un patient d'y avoir accès pour que ses besoins soient comblés. Les modes sains ont tendance à être très sous-développés chez les patients souffrant de troubles de la personnalité. Le concept du mode Adulte sain est semblable à ce que Bennett-Levy *et al.* (2015) appellent les « nouvelles manières d'être ». En TS, l'accent est mis sur un équilibre entre la diminution des modes d'adaptation dysfonctionnels et le renforcement des modes d'adaptation sains. L'évaluation non seulement des symptômes, mais aussi de la qualité de vie et du fonctionnement sain dans les études sur les résultats de la TS reflète cette orientation (p. ex. Giesen-Bloo *et al.*, 2006).

TABLEAU 2.4 RELATION ENTRE LES MODES ET LES SCHÉMAS

MODE	DÉCLENCHEURS DE SCHÉMAS ASSOCIÉS
<p>Mode Enfant vulnérable (maltraité, solitaire, anxieux, dépendant) <i>Conscience des besoins non comblés de l'enfance; il s'agit essentiellement d'une expérience émotionnelle</i></p>	<p>SPI en lien avec la séparation/ le rejet Abandon/Instabilité Méfiance/Abus Manque Affectif Imperfection/Honte Isolement Social/ Aliénation</p> <p>SPI en lien avec le manque d'autonomie et de performance Dépendance/Incompétence Fusionnement/ Personnalité Atrophiée Peur du Danger ou de la Maladie Échec</p>
<p>Mode Enfant coléreux (impulsif, indiscipliné) <i>Déficits dans l'orientation et l'enseignement de l'enfance; il s'agit essentiellement d'une expérience émotionnelle</i></p>	<p>SPI en lien avec le manque de limites Contrôle de Soi/Autodiscipline Insuffisants Droits Personnels Exagérés/ Grandeur</p>
<p>Modes Critique dysfonctionnels (exigeant, punitif) <i>L'intériorisation des aspects négatifs des figures d'attachement naturelles ou des figures significatives de l'enfance et de l'adolescence</i></p>	<p>SPI en lien avec la survigilance et l'inhibition Idéaux Exigeants/ Critique Excessive Punition Négativité/Pessimisme Surcontôle Émotionnel</p>

Modes d'adaptation dysfonctionnels

(éviter, surcompensation, soumission)
*Réactions de bataille, fuite ou capitulation aux
 émotions douloureuses ou négatives*

Autre orientation de SPI

Recherche d'Approbation/ de Reconnaissance
 Abnégation
 Assujettissement

Le mode Adulte sain

Ce mode comprend des pensées et des comportements pertinents et adaptatifs ainsi que les compétences nécessaires pour fonctionner dans la vie adulte. Il s'agit de la partie saine et compétente qui nourrit, valide et soutient le mode Enfant vulnérable, fixe les limites des modes Enfant coléreux et Enfant impulsif, promeut et soutient le mode Enfant heureux, combat et finalement remplace les modes d'adaptation dysfonctionnels, et neutralise ou modère les modes Critique dysfonctionnels. Dans ce mode, l'adulte investit également des fonctions adaptées comme travailler, être parent, agir de façon responsable et s'engager à respecter ses obligations; s'adonner à des activités agréables pour les adultes, comme des centres d'intérêt et des passe-temps intellectuels, esthétiques et culturels; avoir des relations sexuelles consensuelles; et adopter des habitudes saines, comme une alimentation saine et un exercice adéquat.

Le mode Enfant heureux

Dans le mode Enfant heureux, une personne se sent satisfaite, parce que les besoins émotionnels fondamentaux le sont. Dans cet état, une personne peut être enjouée, à l'aise, satisfaite, connectée, optimiste et compétente. L'accès au mode Enfant heureux est nécessaire pour s'adonner à des activités ludiques et agréables, en particulier dans un cadre social. De nombreux patients n'ont été ni autorisés ni encouragés à jouer, manquant ainsi des occasions d'explorer leurs goûts et leurs aversions et de prendre part aux premières formes d'interaction sociale. Ce mode offre un contrepoids important à la douleur du mode Enfant vulnérable. Les expériences de plaisir et de joie peuvent maintenir la motivation en vue du travail de TS et donner l'espoir que la vie peut être meilleure.

Comprendre les problèmes psychologiques et la psychopathologie en termes de modes

Les troubles psychologiques, les symptômes et les problèmes de la vie de degrés de sévérité divers peuvent tous être décrits et compris en termes de fonctionnement des schémas et des modes. Les concepts de modes fournissent un langage accessible aux patients et aux cliniciens et sont au cœur des modules du manuel d'AE/AA. Les réactions d'adaptation négatives typiques – agressivité, hostilité, manipulation, instrumentalisation, domination, recherche de reconnaissance, recherche de stimulation, impulsivité,

abus de substances, conformisme excessif, dépendance excessive, autosuffisance excessive, compulsivité, inhibition, repli sur soi psychologique, isolement social et évitement situationnel et émotionnel – peuvent toutes être comprises en termes de modes. Les modes peuvent changer rapidement chez les patients souffrant de troubles sévères de la personnalité, ce qui entraîne des changements soudains de comportement ou des réactions apparemment disproportionnées qui sont une source de difficultés interpersonnelles et d'instabilité émotionnelle et comportementale. La figure 2.2 présente les trois principaux modèles de basculement ou de changement de mode. Les modes peuvent aussi rester rigides, comme c'est le cas de nombreux patients dans l'évitement.

FIGURE 2.2 MODÈLES DE BASCULEMENT DE MODE.

Lorsque les schémas sont activés, les modes sont déclenchés. Trois modes de déclenchement sont possibles, comme indiqué ci-dessous.			
Mode Enfant (Émotion)	Mode d'adaptation (Comportement)	Un autre changement de mode peut se produire ou non. Le besoin sous-jacent n'est pas satisfait ou l'est partiellement, ou des conséquences négatives se produisent.	
Mode Enfant (Émotion)	Mode Critique (Cognition)	Mode d'adaptation (comportement)	Un autre changement de mode peut se produire ou non. Le besoin sous-jacent n'est pas satisfait ou l'est partiellement, ou des conséquences négatives se produisent.
Mode Critique (Cognition)	Mode Enfant (Émotion)	Mode d'adaptation (comportement)	

Les hypothèses de conceptualisation de modes associés à une variété de troubles ont été validées empiriquement par deux études à grande échelle (Lobbstaël, van Vreeswijk et Arntz, 2008 ; Bamelis, Renner, Heidkamp et Arntz, 2010). Les principaux résultats sont résumés dans le tableau 2.5. Les modes de fonctionnement des psychothérapeutes y figurent également. À notre connaissance, ces modes n'ont pas été explorés empiriquement, mais ils se fondent sur notre observation de centaines de thérapeutes en formation.

TABLEAU 2.5 PROFILS DE MODE PAR GROUPE

	MODES ENFANT	MODES D'ADAPTATION	MODES CRITIQUE	MODES SAINS
Trouble de la personnalité borderline	Abandonné, coléreux	Protecteur détaché, Agresseur brutal	Punitif	Peu
Trouble de la personnalité narcissique	Solitaire, enragé	Auto-Magnificateur, Auto-Tranquillisateur détaché	Exigeant	Adulte sain (assumé)

Un *workbook*, un outil de formation professionnelle totalement novateur

Parce qu'on ne maîtrise jamais mieux une thérapie qu'en l'expérimentant soi-même, la collection « Tester, pratiquer » aide chaque thérapeute à faire l'expérience de la thérapie de l'intérieur.

Premier véritable *workbook* à destination des professionnels, ce livre unique aide les thérapeutes à renforcer leurs compétences en matière de thérapie par les schémas en testant et en pratiquant sur eux-mêmes les différentes techniques et stratégies puis en évaluant et en analysant l'expérience qu'ils ont vécue. L'auto-expérimentation et l'auto-analyse permettront à chaque thérapeute :

- d'identifier ses situations-problèmes,
- de modifier ou de restructurer certaines croyances ou schémas dysfonctionnels,
- surtout de mettre en place de nouvelles façons de penser et d'être, contribuant à sa propre satisfaction professionnelle en évaluant et en analysant son bien-être.

Ce véritable manuel permet d'acquérir un savoir-faire technique en matière de thérapie par les schémas tout en approfondissant conscience de soi et compétences relationnelles thérapeutiques. Il comporte :

- 20 modules soigneusement ordonnés qui guideront chaque thérapeute dans l'utilisation de la thérapie des schémas.
- 25 feuilles de travail et formulaires reproductibles également disponibles en complément numérique.

AUTEURS

Joan M. Farrell est codirectrice du Schema Therapy Institute Midwest-Indianapolis Center et directrice de recherche du Center for Borderline Personality Disorder Treatment and Research, Indiana University-Purdue University Indianapolis (IUPUI).

Ida A. Shaw est codirectrice du Schema Therapy Institute Midwest-Indianapolis Center et formatrice/superviseure agréée de Schema Therapist en ST individuelle, en groupe et pour enfants/adolescents.

RÉVISEUSE SCIENTIFIQUE

Psychologue clinicienne, **Rajaa Belhourania** exerce en libéral comme psychothérapeute en TCC et en thérapie des schémas. Elle a été attachée d'enseignement à l'Université de Nantes et y achève actuellement une thèse en psychologie clinique.