

PRÉSENTATION DE LA THÉRAPIE CENTRÉE SUR LES SCHÉMAS

Texte inspiré de Josée Jobin et Luc Sévigny

Une approche intégrée

C'est Jeffrey E. Young qui, avec le concours de ses collaborateurs, a élaboré et continue d'élaborer cette approche dite *Centrée sur les schémas*. Jeffrey E. Young enseigne au département de psychiatrie de l'Université de Columbia. Il est le fondateur et le directeur des *Centres de thérapie cognitive* de New York et du Connecticut, ainsi que de *l'Institut de Schéma Thérapie de New York*. Il publiait en 1993 un livre grand public qui présentait cette nouvelle approche, *Reinventing your life*, qui fut traduit en français en 1995 par Pierre Cousineau (PhD-psy) (*Je réinvente ma vie – Éd. de l'homme*). Il publiait, en 2003, *Schema therapy, a practitioner guide*, qui fut traduit en français en 2005 par Bernard Pascal (Doc-Md) (*La thérapie des schémas - Approche cognitive des troubles de la personnalité - Éd. Boeck*). Ce deuxième ouvrage s'adresse plus spécifiquement aux intervenants.

La thérapie centrée sur les schémas est un modèle intégratif qui est issu des concepts et traitements cognitivo-comportementaux habituels (J. Young a étudié avec A. Beck, qui a signé la préface de la première édition de son premier livre, *Je réinvente ma vie*). Son apport majeur a été l'identification des **Schémas Précoces Inadaptés (SPI)**, des **modes** et des **stratégies d'adaptation (processus de perpétuation)**. De plus, cette approche intègre des façons de concevoir et de faire, provenant des trois courants théoriques majeurs, soit le courant cognitif-comportemental, le courant psycho-dynamique et le courant existentiel-humaniste.

Cette approche **1)** aide le thérapeute et le patient à clarifier les problèmes et à les organiser de façon compréhensible. Cette approche intégrative combine une théorie de traitements à long terme et des techniques de traitement à court terme. Elle travaille sur les problématiques dites chroniques et présume que les problèmes origines de l'enfance et de l'adolescence. L'approche centrée sur les schémas vise à aider les patients à combler leurs besoins de base, d'une façon adaptée en changeant et/ou en gérant les schémas inadaptés, les stratégies d'adaptation et les modes inadéquats.

Pour travailler sur les SPI, la Thérapie des Schémas a élaboré un protocole d'intervention qui est en deux étapes : une première étape de diagnostic et information et une deuxième étape de changement. Au cours de ces étapes, le thérapeute utilisera des outils cognitifs, expérientiels, comportementaux et relationnels. Généralement, les outils cognitifs, travaillant au niveau symbolique (verbal), amèneront une compréhension et permettront à la personne de gérer son schéma. Les outils expérientiels (visualisation, chaise vide, etc.) quant à eux, travaillant au niveau sub-symbolique (émotionnel), permettront davantage à la personne de modifier son schéma. Les outils comportementaux permettent à la personne d'expérimenter une expansion de sa zone de confort dans la réalité. Ils permettent à l'Adulte sain d'enseigner à l'Enfant vulnérable de nouveaux apprentissages lui permettant d'élaborer une autre perception de soi, des autres et de la vie. Les outils relationnels permettent, principalement par le reparentage partiel et la confrontation

empathique, de redonner l'accueil et le support qui a manqué au patient (par ex. avec le schéma de carence affective) ou de lui apprendre à se mettre des limites (par ex. avec le schéma de Contrôle de soi & autodiscipline insuffisants) ou de confronter les schémas (outils cognitifs) tout en maintenant un haut niveau d'empathie. Globalement, nous pourrions dire que les outils relationnels permettent au patient de recevoir du thérapeute ce qu'il n'a pas pu recevoir de ses parents, le thérapeute jouant ici le rôle d'un parent sain et aimant qui met des limites claires.

Les schémas

Les Schémas Précoces Inadaptés (SPI), qui s'élaborent au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence, continuent à s'enrichir tout au long des expériences de la vie, même s'ils sont inappropriés, s'ils ne servent plus à rien ou sont même nuisibles. En fait, la personne adulte qui fait l'expérience de l'activation d'un de ses schémas, vit cette expérience émotionnelle d'une façon semblable à ce qu'elle a vécu lors de l'élaboration de son schéma. Il est question ici de continuité cognitive, de vision stable de soi-même et du monde, même si celle-ci est en fait imprécise ou erronée.

Notons que les schémas peuvent être positifs ou négatifs, adaptés ou inadaptés.

Il est donc question d'interprétation qui amène une distorsion de la réalité.

Caractéristiques des Schémas précoces inadaptés

Voici les 5 principales caractéristiques des Schémas Précoces Inadaptés :

- 1) Les SPI ne sont pas tous d'origine traumatique (ex. surprotéger l'enfant) mais ils sont tous destructifs et sont principalement causés par des expériences nocives qui se sont répétées régulièrement, au cours de l'enfance et de l'adolescence.
- 2) Les schémas sont élaborés pour se nourrir et perdurer tout au long de la vie de l'individu. On dit que *les schémas se battent pour survivre*.
- 3) Les schémas apparaissent au cours de l'enfance ou de l'adolescence en tant que représentations de l'environnement de l'enfant et sont basés sur la réalité.
- 4) La nature dysfonctionnelle des schémas se manifeste plus tard au cours de la vie, au moment où les personnes commencent à perpétuer leurs schémas dans leurs interactions avec les autres, avec des perceptions qui ne sont plus exactes, ni adaptées.
- 5) Les schémas sont dimensionnels, ce qui signifie qu'ils peuvent avoir différents niveaux d'envahissement et de gravité (2005, p. 35).

Événements menant aux Schémas Précoces Inadaptés

Les expériences nocives de l'enfance sont à l'origine des SPI. Les schémas qui se développent le plus tôt et qui sont les plus forts trouvent leur origine dans la cellule familiale. Dans une certaine mesure, la dynamique de la famille d'un enfant correspond, pour lui, à celle du vaste monde. Lorsque les patients se trouvent en tant qu'adultes dans des situations qui activent leurs SPI, ce qu'ils sont en train de vivre, correspond à un drame de leur enfance, mettant habituellement en jeu un parent. Les schémas développés plus tard dans la vie sont généralement moins envahissants ou moins puissants.

Young a observé quatre types d'expériences de vie précoces qui concourent à la constitution des schémas inadaptés :

1. La frustration de besoins

Par exemple, la frustration des besoins de stabilité, de compréhension ou d'amour contribue à la formation des schémas tels que le *manque affectif* ou *l'abandon-instabilité*.

2. La traumatisation ou la victimisation

L'enfant victimisé ou maltraité pourra développer des schémas de *méfiance/abus*, *d'imperfection/honte* ou de *peur du danger ou de la maladie*.

3. L'excès de satisfaction des besoins

La formation d'un schéma inadapté ne provient pas nécessairement d'un traumatisme ou de frustration de besoins. Elle peut provenir d'un excès de bonnes choses qu'il serait sain de recevoir de façon plus modérée. Par exemple, l'enfant gâté, choyé, pour qui les parents font tout ne verra pas ses besoins d'autonomie et de limites comblés et pourra développer un SPI de *dépendance/incompétence* ou de *droits personnels exagérés/grandeur*.

4. L'internalisation ou l'identification sélective à des personnes importantes

Par exemple l'enfant violenté par le parent, s'identifie à ce parent, internalise ses pensées, ses émotions et ses comportements et sera lui-même un adulte violent.

Le tempérament détermine en partie la façon dont un individu va procéder à l'identification et l'internalisation des caractéristiques d'une personne proche. Young donne l'exemple d'un enfant au tempérament dysthymique qui ne va probablement pas internaliser le style optimiste d'un de ses parents. Le comportement du parent étant tellement contraire à la prédisposition de l'enfant, que l'enfant ne pourra l'assimiler.

Les besoins affectifs fondamentaux

Les schémas sont la conséquence de besoins affectifs fondamentaux qui n'ont pas été comblés au cours de l'enfance et/ou de l'adolescence. Voici les cinq besoins affectifs fondamentaux de l'humain qui sont proposés :

1. La sécurité liée à l'attachement aux autres (comprend la stabilité, la sécurité, l'éducation attentive et l'acceptation).
2. L'autonomie, la compétence et le sens de l'identité.
3. La liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions.

4. La spontanéité et le jeu.
5. Les limites et l'autocontrôle.

Ces besoins sont universels et un individu sain, sur le plan psychologique, est une personne qui parvient à combler de façon adaptée ses besoins affectifs fondamentaux. Le but de la Thérapie des Schémas est d'aider les personnes à trouver des moyens adaptés pour satisfaire leurs besoins affectifs fondamentaux. C'est la finalité de toutes nos interventions.

LES DOMAINES DE SCHEMAS ET LES SCHEMAS PRECOCES INADAPTES

Dans ce modèle, 18 schémas sont regroupés en 5 grandes catégories de besoins affectifs non comblés, les cinq « domaines de schémas ».

A- Domaine de la séparation et du rejet

Le patient est convaincu que ses attentes concernant les besoins de sécurité, de stabilité, d'empathie, d'expression des émotions, d'acceptation et de respect ne seront pas comblés. La famille d'origine typique de ce genre de schéma est caractérisée par le détachement, la froideur, le rejet, la solitude, les refus, l'explosion des émotions ainsi que par son caractère imprévisible et abusif.

1) Schéma de l'abandon/instabilité

La personne perçoit une instabilité dans la relation aux personnes significatives. De plus, elle a l'impression que les gens importants de sa vie ne continueront pas à être là, car ils sont non prévisibles émotionnellement, ils ne sont présents que sporadiquement, ils vont mourir ou ils quitteront la personne pour une autre personne meilleure. Tels sont les a priori qu'a la personne ayant un tel SPI.

2) Schéma de la méfiance et de l'abus

La personne ayant ce schéma a la conviction, que lorsqu'ils en auront l'occasion, les autres vont les utiliser à leurs fins égoïstes. Par exemple, ils vont abuser, heurter, humilier, tromper ou manipuler le patient.

3) Schéma de la carence affective

La personne anticipe que ses propres désirs, dans une relation affective, ne seront jamais adéquatement comblés.

Il y a trois types de carences :

A) Manque de soin (absence d'affection)

B) Manque d'empathie (absence d'écoute et de compréhension)

C) Manque de protection (absence de guidance et de soutien par les autres).

La personne peut avoir souffert d'un, de deux ou de trois types de carences à la fois.

4) Schéma de l'imperfection et de la honte

Le patient a le sentiment qu'il est mauvais, inférieur, sans valeur, imparfait et non aimable. Le schéma augmente habituellement le sentiment de la honte en regard de ses perceptions auto-dépréciatrices. L'imperfection peut être privée (égoïsme, pulsions agressives, désirs sexuels inacceptables, manque de talent, d'intelligence, de créativité etc.), ou publique (non attirant physiquement, maladroit socialement).

5) Schéma d'exclusion

La personne a l'impression d'être différente des autres, ou de ne pas faire partie de la société ou du groupe. Typiquement, le patient ayant ce schéma ne sent pas qu'il peut appartenir à aucun groupe dans la communauté.

B- Domaine de l'autonomie et des performances altérées

L'autonomie est l'habileté à se séparer de sa famille et de fonctionner indépendamment d'une façon comparable aux gens de son groupe d'âge. Quand ces personnes étaient des enfants, leurs parents faisaient tout pour eux et les surprotégeaient, ou à l'opposé (mais c'est plus rare) s'occupaient à peine d'eux. Les deux extrêmes peuvent mener à des problèmes d'autonomie. Ces personnes n'arrivent pas à devenir des adultes dans la vie.

6) Schéma de dépendance/incompétence

Les patients au prise avec ce schéma se sentent incapables d'assumer leurs responsabilités quotidiennes sans une aide substantielle des autres. Par exemple, ils n'arrivent pas à gérer leur argent, à résoudre des problèmes concrets, à user de bon jugement, à entreprendre de nouvelles tâches ou à prendre des décisions adéquates. Il n'est pas ici question de dépendance affective émanant de schémas d'abandon et/ou de carence affective mais plutôt de dépendance fonctionnelle.

7) Schéma de vulnérabilité (peur du danger ou de la maladie)

Ce schéma est caractérisé par une crainte excessive qu'une catastrophe ne survienne à n'importe quel moment et avec laquelle il ne pourrait pas « survivre ».

Il y a trois types de peurs :

1. Reliée à la santé : crise cardiaque, sida, etc.
2. Reliée aux émotions : perdre la raison, perdre le contrôle, etc.
3. Reliée aux catastrophes naturelles ou à des phobies (ascenseurs, crimes, avions, tremblements de terre, etc.)

8) Schéma de fusion/ soi peu développé

Ces patients étaient souvent surinvestis par leurs parents au détriment de leur individualisation et de leur développement social. Ces patients croient fréquemment que l'une des personnes de la relation fusionnelle ne peut vivre sans l'autre.

9) Schéma d'échec

Ce schéma est caractérisé par la croyance que le patient échouera inévitablement dans des secteurs où il doit performer (études, profession, sport) et qu'il sera fondamentalement inadéquat comparativement à ses pairs.

Nous pouvons faire ici un parallèle entre le schéma d'imperfection et le schéma d'échec : avec le schéma d'imperfection, il est question d'une imperfection de l'être (mauvais, inférieur, sans valeur, imparfait et non aimable), alors qu'avec le schéma d'échec, il est question d'une incompétence du faire (performance : études, travail, sport, etc.).

C- Le domaine des limites déficientes

Les patients avec ces schémas n'ont pas développé des limites internes adéquates au sujet de la réciprocité et de l'autodiscipline. Ils ont de la difficulté à respecter les droits des autres, à coopérer, à remplir leurs engagements ou à rencontrer leurs buts à long terme. Ces patients se présentent souvent comme égoïstes, gâtés, irresponsables ou narcissiques. Ils ont grandi typiquement dans des familles qui étaient très permissives et indulgentes. Comme adulte, ils manquent de capacité à restreindre leurs impulsions et à retarder les gratifications immédiates au nom de bénéfices futures.

10) Schémas des droits personnels exagérés / de grandeur (Tout m'est dû)

Schéma caractérisé par la croyance que le patient est supérieur aux autres et qu'il peut avoir des droits ou des privilèges particuliers. Ces patients ne se sentent pas liés par les règles de réciprocité qui guident les interactions sociales normales. Ils insistent souvent sur le fait qu'ils devraient pouvoir faire ce qu'ils veulent, sans égard au prix que les autres auraient à payer pour leurs privilèges. Ces patients sont souvent exigeants envers les autres, dominants et manquant d'empathie.

Ce schéma pourrait aussi être une forme de surcompensation à un autre schéma, tel carence affective.

11) Schéma de discipline personnelle et maîtrise de soi insuffisantes

Ces patients n'arrivent pas à exercer un auto-contrôle suffisant et une tolérance à la frustration qui leur permettraient d'atteindre leurs buts. Ils n'arrivent pas à réguler l'expression de leurs émotions et de leurs impulsions.

D- Domaine de la centration sur autrui

Dans les schémas de ce domaine, les patients mettent une emphase excessive vers la

satisfaction des besoins des autres, plutôt que vers leurs propres besoins et préférences. Ils font ça dans le but d'avoir l'approbation, de maintenir une relation ou pour éviter les représailles. Comme enfants, ils n'étaient pas libres de suivre leurs désirs naturels. Comme adultes, plutôt que d'être guidés par eux-mêmes, ils se laissent guider par les désirs des autres. La famille d'origine typique de ces patients est caractérisée par l'acceptation conditionnelle, c'est-à-dire que l'enfant doit restreindre d'importants aspects de lui-même pour obtenir de l'amour et de l'approbation.

12) Schéma d'assujettissement

Les patients victimes de ce schéma démontrent une excessive capitulation au contrôle des autres, car ils s'y sentent contraints. La fonction de l'assujettissement est habituellement d'éviter la rage, les représailles ou l'abandon. Les deux formes majeures sont **l'assujettissement des besoins** (suppression des préférences et des désirs personnels) et **l'assujettissement des émotions** (suppression de ses propres réponses émotionnelles, principalement de la rage). L'assujettissement mène souvent à une accumulation de la rage qui se manifeste par différents symptômes tels que les comportements passifs-agressifs, les crises incontrôlables, les symptômes psychosomatiques et l'évitement de l'affection.

13) Schéma de sacrifice de soi

Les patients ayant ce schéma, tentent volontairement de satisfaire les besoins des autres au détriment de leurs propres besoins. Ils agissent ainsi dans le but d'épargner de la douleur aux autres, éviter la culpabilité, gagner de l'estime personnelle ou maintenir une relation émotionnelle avec une personne qu'ils perçoivent significative. Ces patients expriment une sensibilité aiguë aux souffrances de l'autre. Ce schéma augmente la sensation que les besoins personnels ne sont pas rencontrés adéquatement, ce qui mène à l'amertume.

14) Schéma de recherche d'approbation

Ce schéma est caractérisé par une valorisation dans l'obtention de l'approbation et de la reconnaissance des autres, au détriment du développement d'une identité sûre et authentique. L'estime personnelle dépend ici des autres plutôt que de sa propre évaluation. Ce schéma inclut souvent une préoccupation excessive du statut social, de l'apparence, de la richesse, et du succès dans l'optique d'obtenir l'approbation et la reconnaissance.

E- Domaine de la vigilance à outrance et de l'inhibition

Les patients ayant des schémas dans ce domaine suppriment leurs sentiments spontanés et leurs impulsions. Ils s'efforcent souvent d'instaurer des règles rigides et internes au sujet de l'expression de leur joie, de l'expression de soi, de la relaxation, de leurs relations et de leur bonne santé. L'origine de ces schémas vient d'une enfance sévère, réprimée, stricte où l'auto-contrôle et l'abnégation prédominaient sur la spontanéité et le plaisir.

Dans l'enfance, les parents n'encourageaient pas les jeux et le plaisir.

15) Schéma négativisme / pessimisme

Ce schéma est caractérisé par une vision envahissante et constante des aspects négatifs de la vie (douleur, mort, pertes, désappointements, conflits, trahisons, catastrophes) tout en minimisant les aspects positifs. Dû au fait que le patient exagère le potentiel négatif des événements, ce dernier est souvent caractérisé comme étant soucieux, inquiet, hypervigilant, plaignard et indécis.

16) Schéma d'inhibition émotionnelle

Le patient exerce ici un contrôle excessif sur ses actions, sentiments et affirmations. Il se restreint dans le but de prévenir la critique ou la perte de contrôle de ses impulsions.

Les quatre secteurs les plus concernés sont :

- . l'inhibition de la colère et de l'agressivité,
- . le contrôle des impulsions positives (sentiments affectifs, sexualité, amusement, etc.),
- . la difficulté à reconnaître ses faiblesses et sa vulnérabilité, la difficulté à exprimer ses sentiments ou besoins.
- . l'importance excessive accordée à la raison par rapport aux émotions.

17) Schéma d'exigences élevées

Ce schéma est caractérisé par une préoccupation à correspondre à de hauts standards, habituellement dans le but d'éviter la désapprobation ou la honte. Ce schéma résulte en une pression constante et une critique continue envers soi-même et les autres. Pour être considérées comme un schéma, ces caractéristiques doivent créer une détérioration importante au sujet de la santé du patient, de son estime personnelle, de ses relations ou de ses expériences plaisantes.

Ce schéma se manifeste typiquement par,

- 1)** du perfectionnisme (besoin de bien faire les choses, porter une attention excessive aux détails, sous-estimer son niveau de performance),
- 2)** des règles rigides (les « il faut » dans plusieurs secteurs de la vie, incluant des standards non réalistes de morale, de culture ou de religion)
- 3)** une préoccupation au sujet du temps et de l'efficacité (il faut toujours faire vite et mieux).

Ce schéma peut aussi être, une stratégie de contre-attaque du schéma d'échec, d'imperfection ou d'exclusion, ou une réponse aux introjections parentales (mode du parent exigeant).

18) Schéma de punition

Ce schéma est caractérisé par une conviction que les gens peuvent être punis s'ils font des erreurs. Ce schéma augmente la tendance à être exigeant et intolérant avec les gens (ainsi qu'avec soi-même), si les standards ne sont pas rencontrés. Il inclut habituellement une difficulté à pardonner les erreurs, car le patient est peu enthousiaste à considérer les circonstances atténuantes à tolérer les imperfections humaines ou à considérer les intentions de l'autre.

LES STRATEGIES D'ADAPTATION DYSFUNCTIONNELLES

Les trois styles d'adaptation sont l'équivalent de la réaction de tout organisme devant une menace, soit la bataille, la fuite ou la capitulation (fight or flight or freeze). En terme de styles d'adaptation, on parle de compensation (la bataille - fight), d'évitement (la fuite - flight) et de soumission (la capitulation - freeze).

Le mode de la soumission se traduit par « l'abdicateur conciliant ». Dans ce mode, la personne se soumet au schéma, se positionne dans la passivité, l'impuissance et la soumission. Elle accepte le schéma et ce qu'il porte comme étant vrai. Par exemple, la personne qui a un schéma de carence affective et qui s'y soumet pourra, une fois adulte, choisir un conjoint qui donne peu d'affection et ne comblera pas ses besoins. Dans cette relation, la personne carencée sera passive et accommodante.

La stratégie de soumission (capitulation) va s'opérationnaliser par des comportements de soumission, de dépendance, de recherche d'affiliation, de passivité, de subordination, d'évitement des conflits et de tentatives incessantes de faire plaisir à l'autre.

Le mode de l'évitement est « le protecteur détaché » (ou le « détachement protecteur »...): la personne qui utilise l'évitement du schéma comme style d'adaptation tente d'arranger sa vie de façon à ne jamais activer le schéma. Elle essaie de vivre sans avoir conscience du schéma, comme si celui-ci n'existait pas. Elle évite d'y penser. Elle évite de le ressentir. Par exemple, la même personne qui a un schéma de carence affective pourra, une fois adulte, éviter les relations intimes : pas de conjoint(e), pas ou peu d'amis. Elle n'a pas de difficultés relationnelles puisqu'elle n'est pas en relation. Elle évite les relations. L'évitement permet de ne pas ressentir le schéma et, par le fait même, en permet le maintien.

Le mode de la contre-attaque se traduit par le « surcompensateur » : la personne qui compense son schéma combat par des pensées, des émotions, des comportements et des styles relationnels qui correspondent à l'opposé du schéma. Ainsi, la personne se bat contre son schéma, combat son schéma, agit sur son schéma comme pour prouver et se prouver le contraire des croyances et prévisions de son schéma, mais fait cela d'une façon qui peut être inadaptée. Par exemple, la personne qui a un schéma de carence affective pourra, une fois adulte, avoir un conjoint et deux amants, un grand réseau social, être

présidente de sa compagnie, avoir une immense maison, trois automobiles à la porte, etc. Elle pourra être affectivement exigeante avec ses proches et ses partenaires. Cette compensation ou cette contre-attaque permet à la personne de ne pas être en contact avec ses croyances personnelles, avec ses schémas, ce qui permet le maintien de ces croyances et schémas. Plus spécifiquement, la stratégie d'adaptation de contre-attaque, la surcompensation, pourra s'opérationnaliser par des comportements d'agressivité, d'hostilité, de domination, d'affirmation de soi excessive, par de la recherche de reconnaissance, de la recherche de statut, par de la manipulation, par de l'exploitation des gens, par des comportements passif-agressifs, des attitudes rebelles et par des comportements obsessionnels.

Comme nous venons de le voir plus haut, les stratégies inconscientes sont la *compensation* (la bataille, la contre-attaque), *l'évitement* (la fuite) et la *soumission* (la capitulation). Une personne peut n'utiliser qu'une stratégie pour composer avec ses schémas. Mais, très souvent, la personne développera différentes stratégies pour les différents schémas réactivés dans différentes situations. L'évitement et la contre-attaque permettent à la personne de ne pas ressentir et de ne pas faire l'expérience de son schéma et en permet ainsi la perpétuation. Les stratégies font partie des « modes » que nous verrons plus loin, mais elles se personnifient pour aider le client à s'y identifier plus facilement :

- . pour la stratégie de compensation, nous parlerons du mode surcompensateur
- . pour la stratégie d'évitement, du mode protecteur détaché
- . pour la stratégie de soumission, du mode de l'abdicataire conciliant.

Cette manière de « personnifier » les stratégies en modes, permettra de travailler, avec, ou sur celles-ci, lors de visualisations. Par exemple, nous pourrions ainsi travailler sur la stratégie d'évitement, en aidant le client à rencontrer son « protecteur détaché ».

LES MODES DE SCHÉMAS

Les modes de schémas sont « les états émotionnels et les réponses d'adaptation instantanés – adaptés ou dysfonctionnels – dont nous faisons tous l'expérience » (Young, 2003). Ils sont l'opération des schémas. Ces modes sont activés par différentes situations ou événements de la vie auxquels nous sommes particulièrement sensibles et qui « déclenchent » certains de nos schémas.

Young et ses collaborateurs ont identifiés dix modes qui sont regroupés en quatre grandes catégories : les modes de l'enfant (quatre modes), les modes du parent dysfonctionnel (deux modes), le mode de l'adulte sain et les modes des styles d'adaptation dysfonctionnels. Comme nous venons de voir ces trois modes dans la section « Les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles », nous ne reprendrons donc pas inutilement leur présentation.

Les modes de l'enfant

L'enfant vulnérable

Ce mode est expérimenté dans la plupart des schémas centraux, soit ceux de l'enfant abandonné, de l'enfant abusé, de l'enfant privé d'affection et de l'enfant rejeté.

L'enfant en colère

Ce mode est déclenché lorsque les besoins émotionnels et/ou physiques de base ne sont pas satisfaits : la colère devient alors une réponse aux besoins non comblés.

L'enfant impulsif/indiscipliné

Ce mode est caractérisé par l'expression sans retenue de la tendance naturelle des pulsions et des désirs du moment, sans souci des conséquences pour la personne ou pour les autres.

L'enfant heureux (spontané)

Ce mode est l'expression des besoins affectifs fondamentaux, comblés.

Les modes du parent dysfonctionnel

Le parent punitif

Lorsqu'elle est dans ce mode la personne cherche à punir ou à se punir lorsque les choses ne se passent pas comme elles le devraient. Ce mode a été introjecté à partir d'un parent qui a été punitif.

Le parent exigeant

Ce mode pousse (« pushes and pressures ») continuellement la personne pour qu'elle atteigne des normes qui sont excessivement élevées. Il a également été introjecté à partir d'un parent réel qui a été exigeant.

Le mode de l'adulte sain

L'objectif de la thérapie est de favoriser la croissance de ce mode, tout en apprenant au patient à modérer, à reconnaître ou à guérir les autres modes.

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Les Schémas Précoces Inadaptés (SPI) sont donc des thèmes envahissants qui sont issus du scénario de la personne, de son enfance et/ou de son adolescence. Ils sont des représentations de soi en relation avec les autres. Ils n'ont pas à être symbolisés,

verbalisés ou conscients. Les SPI sont souvent très primitifs, préverbaux (catégorisés avant d'être conscientisés). Ces SPI ont tendance à se perpétuer (besoin de cohérence du soi) et sont très difficiles à modifier. Plus ils seront élaborés tôt et plus ils seront difficiles à modifier. Les schémas du premier domaine, « séparation et rejet » (enjeux d'attachement) sont aussi généralement plus difficiles à modifier. Ainsi, on pourra **modifier** certains SPI et on pourra **gérer** certains autres. Lorsqu'ils sont réactivés, les SPI sont déclenchés avec l'univers émotionnel du patient, avec la structure cognitive du stade de développement dans lesquels ils ont été créés. Le SPI structure et anticipe la situation. Il est ici question des types d'interprétations de la réalité qu'a la personne et des prévisions que ses schémas l'amèneront à faire des événements de sa vie. À ce jour, J.Young a défini 18 schémas.

n.b. Le présent texte est inspiré des notes de formation de M.Pierre Cousineau (PhD.) et de M.Jeffrey E.Young (PhD.) ainsi que des livres **Je réinvente ma vie** et **La thérapie des schémas** de Jeffrey E.Young.

BIBLIOGRAPHIE

Young, J., Klosko, J. (1993, 2003). Je réinvente ma vie. Les éditions de l'homme. La thérapie des schémas - Approche cognitive des troubles de la personnalité - Éd. Boeck.

Young, J., Klosko, J. (1993). Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior...and Feel Great Again. Published by PLUME, a member of penguin Putnam Inc. Previously published in a Dutton edition.

Young, J., , Weishaar, M., Klosko, J. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. The Guilford press.

Young, J., , Weishaar, M., Klosko, J. (2003, 2005). La thérapie des schémas. Traduction de Bernard Pascal. Éditions de boeck.