

Stéphane Rusinek

Soigner les schémas de pensée

Une approche de
la restructuration cognitive



DUNOD

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70% de nos livres en France et 25% en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

À Louise, Valentine et Zoé...

*À ceux qui, d'une manière ou d'une autre,
m'aident à développer les thérapies orientées schémas...*

*À Christelle, Éric et Stéphanie, grands et petits,
qu'ils passent de bonnes vacances tout de même...*

*Et puis à Gad Elmaleh que j'ai dû virer de ma place d'un TGV
Paris-Lille pour terminer la partie de ce livre sur les groupes.
Puissent les psychothérapies, un jour,
faire autant de bien que ses sketches...*

TABLE DES MATIÈRES

<i>AVANT-PROPOS</i>	IX
1. Principes de la restructuration cognitive	1
2. Schémas, poupées, fantômes et autres charivaris	11
Bartlett le précurseur	11
Le courant social	14
Approche cognitivo-expérimentale	17
Schémas en psychopathologie cognitive	25
<i>Modèle de Beck, 27 • Modèle de Young : les schémas précoces inadaptés, 41</i>	
3. Fondements pratiques	47
Repérage et mesure des schémas	49
<i>Principes et questionnaires pour les grands, 49 • Un questionnaire pour les petits, 59</i>	
Principes des TOS	65
<i>Les thérapies centrées schémas (The Others), 65 • Les thérapies orientées schémas (The French Touch), 71</i>	
Exemples d'exercices thérapeutiques orientés schémas	74
<i>Je me rappelle qu'un jour il s'est passé quelque chose..., 74 • Si ce n'est toi, c'est donc ton frère... ou ta sœur..., 95 • Quand la pomme tombe au pied du pommier, évite de t'y trouver (proverbe newtonien), 114 • Petits traitements entre amis..., 129</i>	

4. Dernières réflexions	147
Techniques résumées	147
Précautions activatrices de schémas confusionnels	149
<i>CONCLUSION. CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES DE L'AUTEUR</i>	155
<i>ANNEXE</i>	159
Questionnaire d'attitudes (160 items)	159
Correspondance des items du Questionnaire d'attitude des schémas	167
ISPE	168
<i>Inventaire des schémas précoces pour enfants, 168 • Grille de correction de l'Inventaire des schémas précoces pour enfants, 170</i>	
Histoire de la petite Christelle	171
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	177
<i>INDEX</i>	185

AVANT-PROPOS

IL Y A quelques années, avec Anne Caumont, nous avons réalisé une étude assez simple mais pleine de sens. Comme expérimentatrice, elle rencontrait des sujets aux caisses d'un grand magasin et après s'être présentée comme une jeune psychologue cherchant à s'installer, elle leur demandait de remplir un questionnaire de personnalité ; quatre sous-échelles de la SCL-90-R (Derogatis, 1977) en l'occurrence. Un système de correction rapide lui permettait en quelques secondes de donner les résultats de cette évaluation. Seulement, si pour la moitié des sujets elle interprétait le test selon des traits généraux qui leur correspondaient effectivement, pour l'autre moitié elle décrivait une personnalité inverse sur ces traits : les anxieux devenaient non-anxieux, etc. Alors, suivait la véritable évaluation de notre étude : les sujets devaient répondre à quelques questions concernant l'expérimentatrice elle-même (semblait-elle compétente ? pouvait-on avoir confiance en elle ? etc.) et le test (était-il un bon test ?). Si le test est toujours évalué comme un bon test psychologique, fiable et théoriquement bien construit, alors même que les sujets n'ont aucune information sur ces points, selon la condition, l'expérimentatrice est-elle perçue bien différemment. Lorsqu'elle donne la bonne interprétation des résultats, elle semble compétente, fera sans doute une bonne psychologue, n'est certainement pas trop jeune, et même sa tenue a été choisie avec goût. Par contre, lorsqu'elle fournit une description inverse des traits, elle est bien trop jeune pour être psychologue, doit encore acquérir de la *bouteille*, il serait difficile de lui faire confiance, surtout qu'elle ne sait pas vraiment utiliser le test et qu'elle n'est pas très bien habillée.

En extrapolant ces résultats il serait possible de croire qu'une grande partie de la thérapie n'est que poudre aux yeux, ne repose que sur la capacité du thérapeute à persuader le patient qu'il sait et ainsi gagner sa confiance. D'aucuns diront alors que le psychologue ou le psychiatre est

l'accompagnateur de la guérison, qu'il ne fait que guider le patient qui a en lui les ressources nécessaires à son rétablissement, sa réadaptation. Peut-être... Le thérapeute est ici reconnu comme un magicien, comme une personne ayant un don. Position assez réconfortante puisque la guérison est l'expression de ce don, et l'échec celle d'un partage inégal entre le pas de chance, l'incapacité du patient à trouver la voie en lui-même et parfois un peu d'égarement de la part du thérapeute. Cette position, malheureusement, permet aussi d'expérimenter les thérapies, pour peu que l'on croie avoir ce don.

Mais notre réflexion sur les résultats de cette étude nous amène à nuancer. Bien sûr le patient doit puiser en lui-même lors d'une thérapie, bien sûr le thérapeute est un guide dans cette épreuve, bien sûr il a besoin de persuader son patient de ses compétences dans une prise en charge pour pouvoir remplir son rôle de guide. Cependant, plus qu'un don, le thérapeute a besoin d'outils, ne serait-ce que pour gagner la confiance du patient et lui permettre de trouver en lui les forces nécessaires à la guérison. Il a besoin d'outils pour convaincre le patient de ses compétences, et plus encore, d'outils pour intervenir sur le trouble lui-même. De la même façon que le stéthoscope de mon médecin de famille lui permet de s'informer sur mon état, me permet de le reconnaître comme médecin, renforce ma confiance en ce qu'il dit, et par un effet d'attentes positives, diminue mes maux de crâne. Toutefois mon médecin pour me soigner a besoin de son stéthoscope, mais aussi bien souvent de l'aide de quelques molécules qui ont plus d'effets encore sur mes maux de crâne ou mon cholestérol.

Disons que des outils thérapeutiques peuvent remplacer le don et ses incertitudes. Le thérapeute n'est plus un magicien, peut-être peut-il encore être vu comme un prestidigitateur, un illusionniste, un technicien qui en faisant sortir un lapin ou un éléphant d'un chapeau ou d'un autre amènera, en effet, son patient sur la voie de la guérison. Mais dans ce cas, la façon de faire sortir le lapin ou l'éléphant est quelque chose qui d'une part s'apprend et d'autre part a été évaluée comme efficace sur les troubles. Pour ce qui est du don... peut-être en existe-t-il un, mais la maîtrise d'outils et de techniques peut largement le surpasser. N'en déplaise au grand nombre, il vaut mieux aujourd'hui, pour percer dans la composition, ne rien connaître au solfège, n'avoir que peu d'oreille, mais savoir pianoter sur son ordinateur, jouer du trente-deux pistes et comprendre le fonctionnement des jugements artistiques par SMS.

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC), dont on retrouvera une synthèse historique et théorique dans l'ouvrage de Samuel-Lajeunesse et de ses collaborateurs (2004), reposent sur l'utilisation

d'outils et de techniques efficaces à la fois sur l'évolution du trouble lui-même que sur l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance entre le patient et son thérapeute. Il s'agit, par exemple, de la désensibilisation systématique efficace sur les phobies, de la relaxation antagoniste de l'anxiété, du retard et de la prévention de la réponse utilisés de manière différente dans des cas d'addictions ou dans des cas de troubles obsessionnels compulsifs, etc., dont la maîtrise nécessite bien entendu une formation adéquate. Ces outils ont pour eux d'avoir été construits à la fois sur des réflexions et des constatations cliniques, et sur des recherches expérimentales testant leur efficacité et leurs modes de fonctionnement.

Parmi ces outils et techniques thérapeutiques, il en existe un, agissant sur la sphère cognitivo-émotionnelle, qui en plus d'entrer dans le processus de guérison par des effets spécifiques, permet d'établir une relation particulière avec le patient en renforçant l'image de compétence du thérapeute. Un outil qui réellement conduit le patient, pas à pas, sur sa *propre voie*. Ce livre ayant un titre, le suspense ne durera pas — il s'agit de la restructuration cognitive, intimement liée à la notion théorique de schémas cognitifs et dont l'une des formes peut être conçue comme l'utilisation de *thérapie orientée schémas*.

Chapitre 1

PRINCIPES DE LA RESTRUCTURATION COGNITIVE

NOS comportements sont-ils le reflet de nos pensées ? Sans doute, mais alors nos pensées ne sont pas très claires et il est bien difficile de les comprendre soi-même. Ainsi, Pierre, Paul et Jacques, le célèbre trio, se réunissent trois fois par semaine dans le parc près de chez eux pour courir une petite heure. Chacun est d'accord, il faut pratiquer un sport car c'est bon pour la santé, cela permet d'éliminer les toxines, de muscler le cœur, de garder la forme. Seulement, après la course du vendredi soir, ils dînent ensemble, toujours dans le même restaurant, n'hésitent pas à prendre un apéritif, commande toujours une bonne bouteille de vin pour accompagner une viande et des frites noyées dans une sauce au gras. Souvent, ils terminent avec un petit cognac et un de ces cigares que Paul aime tant. Il existe donc ainsi une contradiction totale entre les pensées et les comportements effectifs de nos trois acolytes éthyliques.

Dans un cas comme celui-ci, les motivations de santé ne sauraient être que des *pensées de surface*, et c'est sans doute à un autre niveau, plus profond, qu'il faut chercher la raison cognitive des comportements.

On comprendra alors, même s'ils ne sauraient les exprimer, et ne voudraient y croire, que les pensées qui poussent ces compagnons au sport sont plus du type « il faut bien que je les écrase » pour Pierre ; « je fais tout comme Pierre » pour Paul ; « pendant ce temps je ne suis pas avec ma femme et mes gosses » pour Jacques. On dira que l'un assouvit ses besoins d'admiration, l'autre son assujettissement à son ami d'enfance, et le dernier répond par la fuite à une autre situation dont on ne considérera même pas de lien direct avec le sport.

Un même comportement n'a donc pas obligatoirement les mêmes causes, les mêmes motivations. L'analyse seule des comportements ne saurait donc suffire, il faut creuser un peu. De même, si le comportement s'avère être un problème, tenter de le changer en lui-même peut paraître inutile puisque l'idée qui le motive lui survit. Le problème est aussi, bien souvent, que cette idée-cause n'est pas facilement accessible de manière explicite et facile, car éloignée du comportement effectif, non exprimée en mots ou parfois non acceptable.

C'est sur ce type de raisonnement que se construit la restructuration cognitive dont le but premier est de retrouver ces pensées qu'en cas de problèmes nous nommerons pensées dysfonctionnelles, afin de pouvoir les modifier. Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour atteindre ce but, ou plutôt pour atteindre une étape première dans la venue et dans l'importance : la prise de conscience par le patient lui-même de ses pensées dysfonctionnelles. Il est aussi souvent admis que ces pensées dysfonctionnelles, parfois nommées croyances automatiques, sont les pensées qui surgissent lors de transactions stressantes et qui par leur action et leur rigidité, empêchent la bonne résolution de ces transactions. De nombreux types de pensées dysfonctionnelles ont été décrits, on parle par exemple de *surgénéralisation* pour celles du genre : « Ma tartine est tombée côté confiture, mais de toute façon il ne m'arrive que des problèmes » ; d'*inférence arbitraire* pour : « Elle a baisé les yeux en me croisant, c'est parce qu'elle est tellement folle de moi qu'elle ne supporte même plus un regard » ; d'*effet boule de cristal* pour : « Il faut bien que je paye un jour toutes ces mauvaises pensées que j'ai eues » ; l'*exagération ou amplification* pour : « J'ai mal à la main gauche, je vais sûrement mourir » ; etc. et parfois, la *bêtise traditionnelle* pour les pensées du genre « plus je bois, moins il pleut », « c'est un Christian, c'est normal qu'il soit ch... » ou encore : « C'est les petits vieux avec les petites voitures qui sont dangereux, mais pas les gars comme moi qui ont des bonnes bagnoles, qui savent rouler vite, et qui supportent plusieurs apéros sans broncher », mais pour cette dernière sorte de croyances rigides, la remise en cause est parfois trop difficile.

La rigidité des pensées et croyances étant en cause, on cherchera alors l'acquisition de logiques alternatives moins rigides, qui permettront à l'individu une meilleure adaptation, une plus grande possibilité de résolution des transactions stressantes de l'environnement.

À ce niveau, est quelques fois soulignée une polémique opposant d'un côté ceux qui pensent que les pensées dysfonctionnelles sont des croyances irrationnelles s'étant construites sur une mauvaise compréhension de l'environnement, et ceux qui pensent que toute croyance a son origine dans la rationalité, mais que c'est l'utilisation d'une croyance dans un contexte différent de celui de son acquisition qui la rend inadaptée. Toutefois, les tenants des deux camps s'accordant sur le fait que ces croyances restent handicapantes par leur rigidité, donc pour l'heure, nous ne développerons pas nécessairement une position plutôt qu'une autre, de peur d'acquiescer effectivement une croyance rigide.

La restructuration cognitive, ainsi définie, peut s'appuyer sur diverses méthodes permettant de guider le patient vers cette *découverte de lui-même*. Mais avant de commencer cette découverte, nous nous souviendrons de manière impérieuse, qu'en thérapie comportementale et cognitive, avant même d'arriver à envisager la moindre intervention thérapeutique, le patient aura connu les épreuves de l'analyse fonctionnelle, du diagnostic, de la mise en place du contrat thérapeutique (voir Samuel-Lajeunesse *et al.*, 2004).

La méthode spontanément associée à la restructuration cognitive est dite du « questionnement socratique ». Pour Socrate, que l'on imaginera assis sur une large pierre en haut d'une colline sous un olivier centenaire, il s'agit, par une habile mise en évidence des contradictions dans la logique, de redresser les erreurs de jugement des disciples crédules et plein de pensées dysfonctionnelles qui l'entourent. En thérapie, ce sera plus simplement sans doute, de semer le doute dans l'esprit du patient, l'amener à remettre en cause certaines de ses croyances. Accessoirement, mais l'effet est intéressant, ce sera aussi décentrer sa pensée du problème engendrant l'émotion négative, pour l'inciter à se focaliser sur l'une des causes possibles de l'émotion. Cause qui peut se gérer plus « froidement », dans la réflexion plutôt que dans l'émotion... il n'est cependant pas question ici de considérer que réellement existe une opposition entre l'émotion et la réflexion (voir Rusinek, 2004a pour la théorie), il s'agit juste de défocaliser un patient des pensées qui engendrent nécessairement des émotions négatives chez lui, et de les remplacer par d'autres non associées à de telles réactions.

Dans cette technique, pour le thérapeute, tout est question d'attitude. Sans pour autant tomber dans l'entretien thérapeutique humaniste où

L'empathie, la non-directivité et le silence sont souverains, le thérapeute maintiendra dans ses interactions quelques principes. Ainsi, l'empathie sera de mise comme la véritable curiosité, car elles sont de toute façon nécessaires pour que le patient n'ait pas l'impression de parler à une porte de prison. Il n'y aura aucune place dans le discours pour les jugements de valeur, pour les interprétations abusives, et le patient sera face à ses propres choix. De même, le questionnement socratique ne sera jamais envisagé comme une forme de débat, comme une occasion d'apporter une quelconque vérité au patient, mais juste comme une manière de le pousser un peu plus loin dans sa propre réflexion, de lui ouvrir de nouvelles voies pour qu'il y trouve, de lui-même, ses propres alternatives.

C'est donc par une série de questions que l'on ne peut prévoir à l'avance puisque chacune n'est que le fruit de la réponse précédente du patient, que le thérapeute tente de faire émerger ces règles cognitives si difficiles à gérer. C'est en trouvant des alternatives à ses pensées et modes de jugements que le patient comprendra qu'il utilise des règles dysfonctionnelles. Il est souvent admis que le principal avantage de cette technique est que le patient ne peut se *braquer* contre le thérapeute puisqu'il découvre de lui-même ses fonctionnements et qu'au départ, personne ne le juge, à part lui-même.

Si le questionnement socratique a ses avantages, il a aussi ses contraintes. Il est évident qu'il pourra parfois rendre les interactions thérapeutiques assez longues, voire ennuyeuses ou très énervantes pour le thérapeute qui devra se contraindre à garder un air détendu, son calme, et par-devers lui, des pensées du type : « Mais bon Dieu, il va bien finir par le dire qu'il voit tout de manière négative ! »

En réalité, la maîtrise d'une telle technique demande assez d'entraînement. Il n'est pas rare de voir chez les thérapeutes moins expérimentés, une certaine volonté de *piéger* le patient, de le mettre coûte que coûte face à ses erreurs de logique, de s'ériger en maître à penser... un peu comme Socrate. Mais, si le thérapeute sait reconnaître dans le discours de son patient les règles dysfonctionnelles et leur mode de fonctionnement, il saura aussi se taire et attendre un moment opportun pour utiliser cette connaissance. Il saura aussi orienter ses questions pour qu'elles amènent des réponses simples qui ne sont qu'une petite étape supplémentaire au cheminement propre du patient, qui permette de cerner un peu plus le problème. Il serait en effet dommageable pour le patient que les questions n'amènent aucune réponse, ou ne concernent pas un problème réel. Le thérapeute maîtrisera aussi les différentes formes de reformulations pour d'une part montrer au patient qu'il a

bien compris les idées développées et d'autre part le faire sans risque d'y introduire un quelconque jugement.

L'art de la thérapie sera donc ici de savoir guider le raisonnement, par étapes successives de compréhension, du simple au compliqué, du concret à l'abstrait, du banal à l'intéressant.

On notera qu'il est aussi souvent question de la *découverte guidée*, parfois différenciée du questionnement socratique et parfois considérée comme une simple variante de ce dernier. C'est un exercice un peu plus ardu dans le sens où le thérapeute doit faire preuve de beaucoup d'imagination et d'ingéniosité dans la progression de l'interaction. Le but est d'arriver plus rapidement aux règles dysfonctionnelles en déstabilisant le patient par des questions des plus banales et naïves.

Dans la même veine, on considérera aussi la technique de la *flèche descendante*, plus agressive que les dernières. Il s'agit d'aller toujours plus loin dans le raisonnement du patient, encore bien souvent par un questionnement, mais cette fois bien ciblé. L'idée est d'acculer le patient, de l'obliger à exprimer clairement la règle dysfonctionnelle qu'il emploie et de lui faire ouvertement dire que cette règle est mauvaise. On touche ici obligatoirement très rapidement à la sphère émotionnelle et bien souvent, même si ce n'est pas toujours le cas, l'interaction ne peut rester tranquille, les réactions du patient sont parfois fortes, voire violentes, et le thérapeute n'est plus la personne la plus empathique du monde.

La restructuration cognitive peut aussi prendre le chemin d'autres méthodes tout en gardant comme buts la mise en évidence des pensées dysfonctionnelles et l'acquisition de pensées alternatives qui se consolideront avec le temps. Parmi ces méthodes, comme pour les précédentes, certaines sont fondées sur l'idée que les pensées dysfonctionnelles sont évidentes par leur action durant les interactions stressantes avec l'environnement et donc apparaissent concomitantes à certaines émotions, alors que d'autres sont plus fondées sur la prise de conscience par la logique.

Parmi ces dernières, on comptera la *prise d'information*. Dans certains cas, comme l'association de pensées dysfonctionnelles avec quelque objet phobique par exemple, une connaissance plus importante sur l'objet peut amener le patient à se remettre facilement en cause et à doucement changer ses raisonnements. Ainsi, pour un patient souffrant d'arachnophobie et persuadé que « rien que parce que vous les regardez de travers, y'a des araignées qui peuvent vous sauter à la gorge et vous injecter un venin instantanément mortel qui vous fait souffrir pendant des heures », une discussion avec un expert peut parfois remettre