
Le cas de Natalie : Conceptualisation du TSPT selon la théorie des schémas Natalie's Case: PTSD Conceptualization based on Schema Theory

Marilyn Guindon

Judith Malette

Université Saint Paul

RÉSUMÉ

Cette étude de cas s'intéresse aux différentes composantes de la théorie des schémas de Young, Klosko, et Weishaar (2005), plus précisément à la conceptualisation d'un trouble de stress post-traumatique basée sur un cas fictif, en vue de l'élaboration et de la planification d'une intervention thérapeutique. Les forces et limites de cette théorie, en lien avec la conceptualisation et le traitement du TSPT, font l'objet d'une discussion.

ABSTRACT

This fictional case study explores the various components of the Schema Theory of Young, Klosko, and Weishaar (2005) and its application to the conceptualization of a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) case study and psychotherapeutic treatment. The strengths and limitations of the theory in the conceptualization and treatment of PTSD are discussed.

Il existe plusieurs modèles dans le domaine de la thérapie cognitive-comportementale qui offrent une conceptualisation claire et concise des divers troubles anxieux et de l'humeur existants favorisant l'élaboration d'un plan de traitement bien articulé. Pour n'en nommer que quelques-uns, notons la thérapie cognitive de Beck (1967) et la thérapie émotive-rationnelle d'Ellis (Ellis & Grieger, 1977), toutes deux reconnues dans le traitement respectif de la dépression et des troubles anxieux. Plus récemment, la théorie des schémas, mieux connue sous le nom « la thérapie des schémas » (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) a vu le jour. Cette thérapie est inspirée de plusieurs ouvrages, notamment dans les domaines des thérapies cognitives-comportementales et expérientielles, de la relation d'objets, et de l'attachement (Ainsworth & Bowlby, 1991; Young, 2005).

THÉORIE DES SCHÉMAS DE YOUNG

D'après Young (2003), « on estime qu'un schéma est tout grand principe organisateur ayant pour but d'expliquer les expériences vécues par un individu » (p. 34). Young (1990, 1999, 2003) présente une définition plus étendue du schéma en parlant d'un modèle ou d'un thème important et envahissant, constitué de

souvenirs, d'émotions, de cognitions, et de sensations corporelles qui concerne la personne elle-même, mais également ses relations avec les autres. La plupart du temps, le schéma s'est constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence et s'est enrichi tout au long de la vie, par d'autres expériences significatives. Cette définition n'est pas sans rappeler celle des modèles internes opérants dont l'aspect dynamique assure la gestion des perceptions, des attentes, des souvenirs, des connaissances, des comportements et des affects par rapport à soi et à autrui, dans toute relation d'attachement (Bowlby, 1980). Ainsi, Beck (1967), Segal (1988), et Young (1990, 1999, 2003) ajoutent que la présence de Schémas Précoces Inadaptés (SPI) chez un individu crée une distorsion au niveau de la perception de l'information relative à soi et à l'environnement, ce qui a pour effet d'engendrer des pensées automatiques négatives qui, elles, ont pour conséquence d'augmenter le niveau de détresse subjective vécue par l'individu. En ce qui a trait à la provenance des SPI, Young (2003) et Young et al. (2005) font bien comprendre que les besoins affectifs fondamentaux (e.g., besoin de sécurité) qui n'ont pas été comblés au cours de l'enfance, en combinaison avec les expériences précoces de la vie (e.g., victimisation) ainsi que le tempérament d'un individu (e.g., timide), sont généralement les trois facteurs d'origine d'un schéma. D'ailleurs, Young (1990, 1999, 2003) ajoute que pour qu'un schéma précoce devienne inadapté, il doit être dysfonctionnel de façon significative pour l'individu.

Young (2003) et Young et al. (2005) présentent très clairement cinq grands domaines de schémas parmi lesquels on retrouve dix-huit SPI. Le premier domaine, désigné *séparation et rejet*, fait référence aux individus qui éprouvent des difficultés « à former des liens sûrs et satisfaisants avec les autres » (Young et al., p. 41). Plus précisément, ils croient que « leurs besoins de stabilité, de sécurité, d'attention, d'amour et d'appartenance ne seront jamais comblés » (Young et al., p. 41). Parmi les SPI retrouvés sous ce domaine, notons (a) le schéma *Abandon/Instabilité* qui fait référence à la perception qu'a un individu du manque de stabilité ou de fiabilité qui existe dans ses liens interpersonnels; (b) le schéma *Méfiance/Abus* pour lequel l'individu s'attend à ce qu'on le maltraite ou le fasse souffrir; (c) le schéma *Manque affectif* qui fait état d'un individu qui croit fermement qu'il ne recevra pas le support affectif dont il a besoin (e.g., manque d'apports affectifs, d'empathie, et/ou de protection); (d) le schéma *Imperfection/Honte* qui fait référence à l'individu qui se juge imparfait, mauvais, inférieur, ou incapable et qui craint de perdre l'affection et l'amour des autres s'il révèle ses défauts; et (e) le schéma *Isolement social* où l'individu se sent isolé, coupé du reste du monde ou encore différents des autres (Young et al.).

Le deuxième domaine, désigné *manque d'autonomie et de performance*, quant à lui, a trait aux individus qui ont des attentes envers eux-mêmes qui ne correspondent pas à leur capacité (perçue) à survivre et à agir indépendamment des autres (Young et al., 2005). Généralement, les individus qui ont des SPI dans ce domaine ont beaucoup de difficultés à se forger une identité et à se créer une vie qui leur est propre. Parmi les SPI retrouvés sous ce domaine, notons (a) le schéma *Dépendance/Incompétence* où l'individu se croit incapable de faire face

à ses responsabilités sans avoir recours à l'aide des autres; (b) le schéma *Peur du danger ou de la maladie* à l'intérieur duquel l'individu entretient une peur exagérée à l'effet qu'à tout moment une catastrophe pourrait survenir et qu'il ne pourrait l'affronter; (c) le schéma *Fusion/ Personnalité atrophiée* où l'individu démontre un attachement émotionnel excessif à une ou plusieurs personnes, et ce, au détriment d'une adaptation sociale et individualisation accomplie; et (d) le schéma *Échec* qui fait référence à la perception qu'a un individu d'avoir échoué ou d'échouer tout ce qu'il entreprendra (Young et al.).

Le troisième domaine, le domaine désigné *manque de limites*, origine d'un milieu familial où les parents étaient soit trop indulgents, soit trop permissifs et où les enfants n'ont pas appris certaines règles disciplinaires de base, telles que la considération pour autrui, la coopération, la réciprocité dans les relations, le sens des responsabilités, et le développement de l'autocontrôle. Ainsi, devenus adultes, ces individus éprouvent des difficultés « à contenir leurs impulsions et à différer la satisfaction immédiate de leurs besoins au profit de bénéfices à plus long terme » (Young et al., 2005, p. 44). Parmi les SPI retrouvés sous ce domaine, notons (a) le schéma *Droits personnels exagérés et grandeur* où l'individu considère qu'il n'est pas tenu de respecter les mêmes règles qui s'appliquent aux autres, qu'il peut obtenir ce qu'il désire sans considérer ce qu'il peut en coûter aux autres, et qu'il peut, en usant de force et de ruse, obtenir des privilèges; et (b) le schéma *Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisante* réfère aux individus qui éprouvent de la frustration lorsqu'ils ne peuvent obtenir ce qu'ils désirent dans l'immédiat. Les personnes qui ont ce schéma ont également tendance à remettre à plus tard tout ce qui peut leur être souffrant, par exemple, régler des conflits, remettre certains engagements importants, prendre des responsabilités, et même se réaliser dans l'accomplissement d'objectifs personnels.

Le quatrième domaine, le domaine de *l'orientation vers les autres*, concerne les individus qui ont « tendance à accorder une importance excessive aux besoins des autres, au détriment de leurs propres besoins » (Young et al., 2005, p. 45). De façon distincte, ces individus agissent dans le but « d'obtenir l'approbation des autres, de maintenir un lien affectif ou encore d'éviter les représailles ou un abandon » (Young et al., p. 45) réel ou imaginé. Parmi les SPI retrouvés sous ce domaine, notons (a) le schéma *Assujettissement* où l'individu a tendance à se soumettre au contrôle des autres généralement pour éviter la colère et/ou les représailles ou encore l'abandon. Il existe deux formes d'assujettissement, l'assujettissement des besoins qui implique la suppression de ses propres désirs et l'assujettissement des émotions qui engage l'individu à contenir surtout sa colère (Young et al.); (b) le schéma *Abnégation*, concerne les individus qui « ont le souci de combler les besoins des autres au détriment des leurs » (Young et al., p. 46). Ils ont tendance à percevoir les autres comme étant nécessaires et à vouloir maintenir un lien affectif avec eux en plus d'agir de la sorte afin d'épargner aux autres de la douleur, d'augmenter leur estime de soi, ou encore d'éviter de se sentir coupables (Young et al.); et (c) le schéma de *Recherche d'approbation et reconnaissance*, pour sa part, renvoie aux individus qui ont un besoin excessif d'attention, d'estime, et d'approbation de la

part des autres, au détriment du développement d'une personnalité individualisée et authentique (Young et al.).

Le cinquième et dernier domaine, le domaine *survigilance et inhibition*, fait référence aux individus qui répriment l'expression spontanée de leurs sentiments et de leurs impulsions en prenant soin de contrôler, exagérément, leurs réactions, sentiments, et choix, afin d'éviter les erreurs et maintenir une conduite et performance exemplaire au détriment d'autres aspects importants de la vie, tels le plaisir, les loisirs, les amis, et même la santé (Young et al., 2005). Parmi les SPI retrouvés sous ce domaine, notons (a) le schéma *Négativité/Pessimisme* pour lequel les individus ne se centrent que sur les aspects négatifs de la vie, par exemple, la mort, la douleur, la misère, au détriment des aspects positifs de la vie. Ces individus ont également tendance à craindre les conséquences des erreurs commises et à envisager le pire scénario possible, le cas échéant (Young et al.); (b) le schéma *Surcontrôle émotionnel* s'attarde aux individus qui exercent un contrôle excessif sur leurs réactions spontanées dans le but de ne pas perdre le contrôle de leurs impulsions ou de perdre l'approbation des autres (Young et al.); (c) le schéma *Idéaux exigeants/Critique excessive*, « implique la conviction qu'a un individu de devoir s'efforcer d'atteindre et de maintenir un niveau de perfection très élevé, habituellement dans le but d'éviter la désapprobation ou la honte » (Young et al.). Les gens qui ont ce schéma sont généralement perfectionnistes, sont préoccupés par le temps et l'efficacité, et suivent des règles de conduite très strictes (Young et al., p. 48); et (d) le schéma *Punition*, où l'individu « a tendance à se montrer intolérant, très critique, impatient et à être punitif envers les autres et lui-même, s'ils n'atteignent pas le niveau de perfection exigé » (Young et al., p. 48).

Dans l'élaboration de sa théorie, Young (1990, 1999, 2003) ajoute que certains des schémas sont inconditionnels alors que d'autres sont conditionnels. Il précise que les schémas les plus précoces et centraux (liés à des besoins inconditionnels de base, tels la sécurité, l'amour, le soin attentif, la mise en place de limites saines) sont généralement inconditionnels (primaires) et laissent souvent l'individu sans espoir de voir évoluer sa situation. Les schémas qui se développent plus tard sont identifiés comme étant conditionnels (secondaires). Ils représentent, la plupart du temps, des tentatives d'adaptation aux schémas inconditionnels. Ces schémas sont, par conséquent, des stratégies d'autoprotection qui se développent suite à des blessures psychologiques causées par des expériences de réponses insatisfaisantes aux besoins psychologiques fondamentaux. Par exemple, un individu pourrait croire que s'il parvient à être parfait (*Idéaux exigeants*), il sera digne de l'amour des autres (*Imperfection*). Par ailleurs, Young (1990, 1999, 2003) fait mention de trois styles d'adaptation dysfonctionnels qui permettent à l'individu de s'adapter à la présence de ses schémas (conditionnels et inconditionnels), de telle sorte qu'il parvienne à éviter la douleur et la souffrance qu'ils sont susceptibles d'engendrer. Parmi ces trois styles d'adaptation, notons (a) la soumission au schéma ou lorsque l'individu accepte plutôt celui-ci en ressentant directement la douleur qui y est associée et en agissant de manière à en confirmer la véracité; (b) l'évitement du schéma ou lorsque l'individu organise sa vie de sorte à ne jamais activer le schéma,

pour ne pas ressentir les émotions douloureuses qu'il évoque; et (c) la compensation du schéma ou lorsque l'individu tente de combattre un schéma en adoptant des pensées, émotions, et comportements qui sont diamétralement opposés au schéma.

THÉORIE DES SCHÉMAS DE YOUNG ET TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

D'après l'étude exploratoire réalisée par Cockram, Drummond, et Lee (2010), la documentation scientifique traitant précisément de liens potentiels existant entre les SPI de Young (2005) et du trouble de stress post-traumatique (TSPT) est infime, voire inexistante. Parmi les chercheurs s'étant intéressés à ce lien, notons que c'est davantage la composante cognitive qui en fut mise à l'avant plan. À titre d'exemple, Horowitz (1986) a d'abord proposé que le TSPT résulte d'un échec à intégrer le processus de traitement cognitif du trauma. Janoff-Bulman (1985), pour sa part, émet l'hypothèse que chez certains individus, une structure cognitive rigide déjà bien en place est susceptible d'affecter le traitement de l'information relative au trauma. Plus précisément, que certains individus se percevant invulnérables d'emblée en viennent à se percevoir, brusquement, comme étant complètement vulnérables suite à un trauma. Ce n'est cependant qu'avec Foa et Rothbaum (1998) et Dalgleish (1999, 2004), que la notion de schéma en est venue à être intégrée dans la compréhension de la dimension cognitive du TSPT. Plus spécifiquement, ce modèle fait ressortir l'existence de deux schémas pré-trauma pouvant prédisposer certains individus à développer un TSPT. Ces schémas sont (a) le fait de percevoir le monde comme étant dangereux et/ou (b) de se percevoir comme étant foncièrement incompetents. Bien que ce modèle soit une avancée dans la compréhension des facteurs cognitifs prédisposant le développement d'un TSPT chez certains individus, il n'en reste pas moins qu'il n'identifie pas de schémas spécifiques, en lien avec la théorie des schémas de Young (2005), au TSPT et à son maintien. C'est dans ce sens que les quelques études (Cockram et al., 2010; Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008; Price, 2007) s'étant penchées sur l'existence de relations potentielles entre les SPI de Young et le développement et maintien d'un TSPT sont pertinentes pour le présent article.

D'abord, Price (2007) a démontré que les schémas étant liés au domaine du *manque d'autonomie et de performance*, soit le schéma de *Dépendance/Incompétence*, le schéma du *Fusionnement/ Personnalité atrophiée*, et le schéma *Échec*, étaient particulièrement importants pour prédire le développement de symptômes associés au TSPT. Price explique cela en précisant que les individus qui ont ces SPI ont souvent un manque de confiance en soi, se sentent inadéquats, et se perçoivent difficilement capables de fonctionner de manière pleinement autonome. Ainsi, lorsqu'ils vivent un traumatisme, celui-ci vient très souvent confirmer leur perception d'eux-mêmes (sentiment d'incompétence et de dépendance), ce qui a pour effet d'inhiber l'accès à d'autres schémas qui pourraient être plus adaptés, schémas qui ne reposent pas sur des scénarios de vie dysfonctionnels, mais plutôt sur des scénarios, expériences de vie constructives et positives. Pour leur part, Dutra et al. (2008) ont établi l'existence de corrélations significatives entre le symptôme de dissociation, parfois

présent chez les individus souffrant d'un TSPT et les schémas *Isolement social* (.56 à $p < 0,01$) et *Imperfection/Honte* (.56 à $p < 0,01$). Par ailleurs, ils sont également parvenus à démontrer des corrélations significatives entre les idéations suicidaires (IS) et la présence d'un plan suicidaire (PS) et les schémas *Isolement social* (IS : ,35 à $p < 0,01$; PS : ,34 à $p < 0,01$), *échec* (IS : ,38 à $p < 0,01$; PS : ,35 à $p < 0,01$), et *Imperfection/Honte* (IS : ,44 à $p < 0,01$; PS : ,31 à $p < 0,01$). Enfin, Cockram et al. (2010) ont relevé, auprès de vétérans de la guerre du Vietnam, que les schémas *Peur du danger ou de la maladie*, *Surcontrôle émotionnel*, *Isolement social*, *Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisante*, *Méfiance/Abus*, *Négativité/Pessimisme*, ainsi que de le schéma *Abandon/Instabilité*, étaient fortement associés à la présence d'un TSPT. Tout comme pour Price, Cockram et al. affirment qu'un changement au niveau des schémas se retrouvant dans le domaine du *manque d'autonomie et de la performance*, soit le schéma *Dépendance/Incompétence*, le schéma *Peur du danger ou de la maladie*, *Fusionnement/ Personnalité atrophiée*, et le schéma *Échec*, sont les prédicteurs d'un changement significatif dans le traitement du TSPT.

LE CAS DE NATALIE

Avant de procéder à la conceptualisation du cas de Natalie à l'aide de la théorie des schémas (Young, 2003; Young et al., 2005), il importe de présenter les aspects saillants et variables qui seront pris en compte dans l'élaboration de la problématique dont fait objet le présent article.

Natalie est une femme très performante. Depuis sa tendre enfance, elle a fait partie d'un nombre considérable d'équipes sportives et en a été, presque toujours, la capitaine. Elle a également fait partie de diverses associations et organismes à but non lucratif. Natalie est extrêmement dévouée à toutes ses entreprises et est devenue, au fil du temps, une femme appréciée et respectée de tous. Aujourd'hui âgée de 37 ans, Natalie se sent en contrôle de sa vie, se perçoit comme étant une femme accomplie tant dans sa vie personnelle que professionnelle, est organisée, et a de bonnes relations avec les membres de sa famille ainsi que ses collègues de travail. Mariée et mère de deux garçons âgés de 5 et 7 ans, Natalie affirme avoir une très bonne relation avec ses enfants, être présente et impliquée auprès d'eux. Entre autres, elle est leur entraîneuse de soccer et leur instructrice d'arts martiaux. Natalie aurait souhaité devenir missionnaire, mais la vie de famille étant très prenante, elle s'est plutôt enrôlée dans l'organisation militaire de son pays afin de devenir aumônier militaire. C'est dans ce cadre qu'elle a vécu une expérience traumatisante et que sa vie a basculé. En fait, lors d'une mission en Guinée-Bissau, en Afrique de l'Est, un vol la menant, avec ses collègues, à leur destination finale à bord d'un avion de transport militaire, un orage violent est venu compromettre leur sécurité. Malgré de nombreuses manœuvres agiles du pilote,, au moment de l'approche finale, encore trop éloigné du sol, l'appareil a percuté la piste d'atterrissage engendrant, par la même occasion, la crevaison des pneus avant et réduisant ainsi considérablement la capacité de freinage de l'appareil. Piquant du nez et grattant l'asphalte, l'avion pris feu. Au même moment, les masques à

oxygène se sont déployés, l'alarme d'urgence a retenti, et partout dans l'avion on pouvait constater un nuage de fumée grise. Immobilisée dans son siège, Natalie constatait la scène surréelle avec stupeur. Tout paraissait se dérouler lentement, comme si le temps s'était arrêté. Au moment de l'impact, Natalie se sentait étonnamment calme. Puis, quelques minutes après l'accident, des sons horribles, des odeurs intenses de fumée, et des images percutantes lui revinrent. Alors que tout le monde courait de gauche à droite pour évincer l'appareil en feu, Natalie, fidèle à elle-même, demeura assise, bien en contrôle de ses émotions puis, calmement, se leva pour venir en aide à ses collègues. Davantage préoccupée par le bien-être des autres, Natalie pensa alors à contacter son conjoint et ses enfants afin de leur laisser savoir qu'elle était toujours vivante. Elle prit également soin de contacter les médias afin de leur indiquer que tous s'en étaient tirés indemnes, sauf quelques blessures mineures, et qu'ils poursuivraient leur mission telle que prévue. Entre temps, Natalie fut invitée à plusieurs reprises à donner des entrevues et témoignages entourant l'accident. Puis, à peine 8 mois suivant l'événement, Natalie s'est mise à refuser de répondre à certaines questions et à ne plus vouloir donner d'entrevue ou de témoignage. À son retour à la maison, elle a repris ses activités journalistiques et s'y dévouait encore plus qu'à l'habitude. Ses collègues, son conjoint, ainsi que ses enfants remarquèrent son humeur de plus en plus irritable, mais également toute l'énergie qu'elle consacrait, encore plus qu'auparavant, à organiser son temps et ses journées. Le conjoint de Natalie s'était accoutumée aux longues journées de travail qu'accomplissait sa femme, mais dernièrement, il trouvait que de passer tout près de 18 heures par jour au boulot, sans s'arrêter, c'était trop. Il avait également été témoin des nombreux éveils durant la nuit en état de crise de sa femme. Bien qu'il ait tenté de la reconforter à maintes reprises, Natalie, irritable et en colère, ne voulait pas qu'il s'en approche. À plusieurs reprises, au cours de l'année, Natalie a vécu des moments au cours desquels il lui était impossible d'accomplir ses activités et ses journées de travail régulières. De plus, aussitôt que ses collègues lui parlaient de la possibilité de retourner en mission, elle se mettait à trembler, avait des sueurs froides, et toute sa tête s'embrouillait d'images cauchemardesques. Natalie qui, depuis toujours, avait été en contrôle de sa vie, se voyait désormais perdre tous ses points de repère. Non seulement se sentait-elle constamment surexcitée, ayant occasionnellement des douleurs à la poitrine, faisant régulièrement des cauchemars, et revivant souvent l'accident d'avion, elle refusait d'en parler à quiconque. Elle avait peur qu'on la perçoive comme étant « faible » et ayant failli à son devoir de mère, d'épouse, et de jeune militaire. Natalie se voyait incapable de demander du soutien à ses proches, préférant prendre soin d'eux plutôt que de devenir un « fardeau » insupportable. Il était central pour elle de ne pas démonter sa souffrance à ses proches, de ne pas pleurer devant eux, pour ne pas les perturber dans leur quotidien et ainsi risquer d'affecter leur bien-être. L'écrasement d'avion, les symptômes psychologiques (e.g., contrôle excessif de soi et perte de contact avec les émotions, puis surexcitation telle que manifestée par de la colère, une irritabilité et la présence de souvenirs intrusifs de l'événement sous forme d'images, de pensées, et de cauchemars, difficultés occasionnelles de concentration) et physiologiques

(e.g., sueurs froides, douleurs à la poitrine, étourdissements, baisse d'énergie) que ressent Natalie, sans compter la présence de stratégies inefficaces pour s'y ajuster (e.g., ne pas en parler, ne pas pleurer, s'occuper constamment), suggèrent que Natalie souffre d'un TSPT à début tardif. Plus précisément, il appert que Natalie rencontre plusieurs des critères diagnostics ayant trait au TSPT (ou État de Stress Post-Traumatique tel que retrouvé dans la *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes* (CIM-10), Organisation Mondiale de la Santé, 1992), tels qu'énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV TR) de l'American Psychiatric Association (APA, 2000), et qui nécessitent la présence de symptômes dans les domaines suivants: (a) exposition à un événement traumatisant, (b) intrusion, (c) évitement ou inertie, et (d) hyperexcitation. Dans les faits, Natalie a vécu un événement traumatisant durant lequel elle a éprouvé une grande peur et de l'impuissance (Critère A). De surcroît, il lui arrive d'avoir des images et pensées de l'événement, en plus de faire des cauchemars et d'avoir des réactions physiologiques de peur lorsqu'elle revit l'écrasement d'avion (Critère B). Également, elle fait des efforts effrénés pour ne pas penser à l'écrasement d'avion, tente de se tenir occupée et d'éviter tout ce qui pourrait lui faire repenser ou revivre l'événement. Sans compter qu'elle s'entête à ne pas en parler ou à ne pas partager ses émotions concernant ce qui lui est arrivé (Critère C). Enfin, elle éprouve des difficultés de sommeil essentiellement en raison de la présence de cauchemars, se sent souvent colérique et irritable, et éprouve, occasionnellement, des difficultés de concentration (Critère D). Toutefois, il appert que tous ces symptômes se soient surtout manifestés après une période de 8 mois, ce qui suggère, comme on l'a déjà souligné, un début tardif, et ce, avec la possibilité que la difficulté soit chronique si, au moment de l'évaluation, on se rend compte que les symptômes de Natalie perdurent depuis 3 mois ou plus.

CONCEPTUALISATION DU CAS DE NATALIE

Évaluation

Au préalable, il convient de mener une entrevue clinique afin de déterminer quels sont les schémas de la cliente qui ont été réactivés par l'événement. D'ailleurs, au cours de cette phase de l'évaluation, il est important de tenter de comprendre comment ils sont liés, comment ils se sont développés et maintenus afin d'établir des parallèles entre leur origine et leurs présences actuelles dans la vie de la cliente (Cecero & Young, 2001; Young, 1990, 1999, 2005). De plus, le Questionnaire des Schémas de Young – version longue (QSY-L3) (Young, 2005), une mesure auto-rapportée comprenant 232 items, est utilisée pour évaluer la présence et la sévérité des schémas de la cliente parmi les 18 SPI identifiés par Young (1990, 1999, 2003). Plus précisément, à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 à 6, 1 étant « cela est complètement faux pour moi » et 6 étant « me décrit parfaitement », la cliente identifie jusqu'à quel point les items la décrivent présentement. Les cotes de 4 et plus sont considérées dans le calcul final afin de déterminer les schémas actifs et leur sévérité respective chez la cliente. De plus, l'Inventaire des

Attitudes Parentales de Young (IPY) (Young, 1994, 2005) est administré afin d'identifier et mieux cerner les origines familiales de la provenance des schémas de la cliente. Cette mesure auto-rapportée comprend 72 items qui abordent divers comportements et attitudes parentales pouvant expliquer l'origine de certains schémas. Tout comme pour le QSY-L3, le IPY utilise une échelle de type Likert allant de 1 à 6, 1 représentant « complètement faux » et 6 représentant « parfaitement ». De façon générale, Young (2005) précise qu'un schéma est plus sévère lorsque les cotes obtenues sont élevées sur plusieurs des items de l'IPY. Plus précisément, si ce sont les deux parents qui obtiennent une cote élevée sur certains des items, cela suggère que le schéma ou les schémas sont plus sévères. Par ailleurs, Young (2005) précise que même si la cote n'est élevée que pour l'un des deux parents, cela est tout de même suffisant pour justifier l'origine des schémas. En plus de ces deux questionnaires, Cecero et Young (2001) ajoutent qu'il demeure important d'observer et d'identifier les comportements qui se manifestent en séance et qui dénotent la présence de certains schémas. Également, ils mentionnent la pertinence de l'imagerie (réviviscence des expériences passées et présentes à l'origine des SPI dans l'identification des schémas. Enfin, ils soulignent la nécessité de développer une conceptualisation bien articulée autour des SPI, des problématiques actuelles vécues, des déclencheurs des schémas, des origines et principales distorsions cognitives et stratégies d'adaptation présentes chez la cliente (voir Table 1) (Cecero & Young, 2001).

Table 1
Formulaire pour la conceptualisation de cas Séance d'évaluation

Informations générales

Nom de la cliente : Natalie	Âge : 37 ans
Statut civil : Mariée	Enfants : Deux garçons âgés de 5 et 7 ans
Profession : Aumônier militaire	Niveau de scolarité : Baccalauréat en sciences politiques

Symptômes ou diagnostic de l'Axe I TSPT (à début tardif)

Problèmes courants majeurs et patrons de vie

PROBLÈME 1

La présence de symptômes d'un TSPT affecte la capacité de fonctionnement de la cliente (n'est plus en mesure d'accomplir les tâches journalières).

Liens avec les schémas : Idéaux exigeants – Échec

PROBLÈME 2

La cliente refuse l'aide de ses proches et augmente ses exigences envers elle-même malgré la présence de symptômes d'un TSPT.

Liens avec les schémas : Abnégation – Idéaux exigeants – Manque affectif

PROBLÈME 3

La cliente s'empêche de vivre les émotions liées au traumatisme qu'elle a vécu de peur de devenir un fardeau et d'affecter le bien-être de ses proches.

Liens avec les schémas : Idéaux exigeants – Surcontrôle émotionnel – Abnégation – Manque affectif

Suite à la page suivante

Origines développementales (mère, père, fratrie, pairs)

1. Mère dévouée à ses enfants et performante dans son travail (infirmière); absente en raison des quarts de travail exigés par son emploi
2. Père exigeant envers lui-même et ses enfants et qui ne tolérait pas les échecs scolaires; qui partageait peu ses émotions et qui démontrait très peu d'affection envers sa femme et ses enfants

Images et souvenirs infantiles centraux

1. Les exigences élevées de son père et le manque de chaleur humaine
2. Le manque de réconfort en raison des absences régulières de sa mère

Principaux besoins non comblés

1. Avoir le droit à l'erreur sans se sentir coupable
2. Se sentir compétente
3. Reconnaître ses besoins et demander à ce qu'ils soient satisfaits
4. Exprimer ses émotions de façon spontanée
5. Se faire témoigner de l'affection et de l'empathie

Schémas concernés

1. Idéaux exigeants
2. Abnégation
3. Surcontrôle émotionnel
4. Échec
5. Manque affectif

Situations activant les schémas

1. Présence de symptômes d'un TSPT
2. Difficulté à demander de l'aide/accepter l'aide de son entourage
3. Crainte de devenir un fardeau et d'affecter le bien-être d'autrui
4. Ne plus être en mesure d'accomplir les activités journalières (perte de contrôle)

Comportements de soumission

1. Donne beaucoup aux gens de son entourage, à tous les niveaux sans demander quoi que ce soit en retour
2. Demeure calme et n'exprime pas ses souffrances et émotions à ses proches
3. Passe beaucoup de temps à vouloir se perfectionner

Comportements d'évitement

1. Évite d'être près de son mari lorsque celui tente de la réconforter
2. Évite les situations dans lesquelles elle pourrait recevoir (de l'attention, de l'écoute, de l'affection) en temps de besoin

Comportements de compensation

Devient davantage performante en passant encore plus de temps à organiser son temps et ses journées

Distorsions cognitives centrales

1. Je dois être en contrôle de tout, tout le temps.
2. Il faut que tout ce que j'entreprends soit impeccable.
3. Les autres d'abord et moi ensuite, si c'est vraiment nécessaire
4. Je ne dois pas montrer aux autres que je suis faible; pleurer est inadmissible.
5. Je ne peux pas accepter l'aide des autres; ils en ont plus besoin que moi.

Note. Version adaptée du *Schema Therapy Case Conceptualization Form for Session Ratings* avec la permission de l'auteur obtenue 13 avril 2012 de la Schema Therapy Institute

Liens hypothétiques entre les schémas et l'historique récent de Natalie

Dans un premier temps, on pourrait penser que les schémas *Idéaux exigeants* (croyance selon laquelle la personne doit s'efforcer d'atteindre des normes extrêmement élevées) et *Échec* (croyance d'avoir échoué par rapport aux pairs) seraient activés car Natalie ne parvient plus à accomplir ses diverses tâches journalières, en raison de la présence de symptômes de TSPT. Par ailleurs, étant donné qu'elle refuse l'aide de ses proches et soit davantage exigeante envers elle-même depuis l'écrasement d'avion, cela pourrait avoir comme effet de renforcer et maintenir le schéma *Idéaux exigeants* de Natalie en plus des schémas *Abnégation* (intérêt excessif à satisfaire les besoins des autres au détriment des siens) et *Manque affectif* (attente que ses besoins affectifs ne seront jamais comblés, impression que personne ne l'aime ou ne la comprend). Enfin, les schémas *Idéaux exigeants*, *Abnégation*, *Manque affectif*, en plus du schéma *Surcontrôle émotionnel* (inhibition excessive lorsqu'il s'agit d'exprimer des émotions ou d'en parler), se retrouveraient également renforcés et maintenus étant donné que la cliente s'empêche de ressentir et vivre pleinement les émotions liées au traumatisme qu'elle a vécu, et ce, essentiellement parce qu'elle craint de devenir un fardeau pour ses proches et ainsi, affecter leur bien-être.

Liens hypothétiques avec les origines développementales

Les origines développementales des divers schémas qui sont présentement actifs chez Natalie paraissent nombreuses. Plus précisément, le schéma *Idéaux exigeants*, semble être la conséquence de l'intériorisation des exigences et normes élevées de son père, d'une part, et d'autre part, est appuyé par une mère très performante qui résulte, chez elle, en un besoin de se sentir compétente à tout prix. En ce qui a trait au schéma *échec*, il semble provenir de son père qui ne tolérait aucun échec, surtout les échecs scolaires et qui, lorsque ses enfants ne réussissaient pas bien, avait tendance à les ignorer ou à les priver de son affection. Ainsi, Natalie semble avoir développé une peur d'échouer et se sentait sans doute très coupable lorsqu'elle commettait une erreur, si petite soit-elle, qui l'empêcherait invariablement de recevoir toute forme d'affection paternelle. Natalie semble également avoir développé le schéma *Abnégation* en ayant comme modèle une mère qui était pleinement dévouée à la satisfaction des besoins de ses enfants et de son mari d'une part et d'autre part, d'avoir été privée de l'affection de son père et davantage encore, lorsqu'elle échouait, semble avoir contribué au développement de ce schéma comme stratégie compensatoire (schéma conditionnel), mais illusoire, de voir un jour ses besoins d'écoute, de protection, de guidance, et d'amour inconditionnel comblés en référence au schéma *Manque affectif*. À cela, s'ajoute l'expérience d'un père peu chaleureux et d'une mère absente, ce qui semble avoir contribué au développement du schéma *Surcontrôle émotionnel* qui amène également la cliente à être peu démonstrative lorsqu'elle vit des émotions (lié au schéma de *Surcontrôle émotionnel*) et plutôt fermée à recevoir des expressions de tendresse et d'empathie de la part de ses proches (lié au schéma *Manque affectif*).

Liens hypothétiques avec les déclencheurs actuels

Plusieurs situations présentes pourraient réactivées les SPI de Natalie. Certes, la présence de symptômes d'un TSPT semble avoir fortement contribué au déclenchement de la plupart des SPI de Natalie. Cette problématique freine considérablement Natalie dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes, ce qui semble activer les schémas *Idéaux exigeants* et *Échec* (manifestation d'un désir et d'efforts de performance encore plus importants chez la cliente). Également, le fait d'être aux prises avec un TSPT semble également renvoyer directement Natalie à sa difficulté de demander et d'accepter l'aide des personnes qui lui sont chères et, conséquemment, à la crainte de devenir une charge de travail supplémentaire pour ceux-ci. Ces dernières appréhensions et façons d'agir contribuent sans doute, et de manière significative, à l'activation des schémas *Abnégation*, *Surcontrôle émotionnel*, et *Manque affectif*. Toutes ces situations combinées participent sans conteste à l'activation de l'ensemble des SPI de Natalie.

Liens hypothétiques avec les stratégies d'adaptation

Natalie a par ailleurs recours à diverses stratégies, voire comportements, lui permettant de s'adapter à la présence de ses schémas. Ces stratégies, que Young (1990, 1999, 2003) nomme *styles d'adaptation dysfonctionnels*, servent essentiellement à ce qu'elle n'ait pas à ressentir directement la souffrance, voire les émotions intenses et insupportables, que ses schémas sont susceptibles d'engendrer. Parmi les comportements de soumission adoptés par Natalie, notons: (a) qu'elle donne beaucoup aux gens de son entourage sans demander quoi que ce soit en retour (schéma *Abnégation*); (b) qu'elle demeure calme et n'exprime pas sa souffrance à ses proches (schéma *Surcontrôle émotionnel*); et (c) qu'elle passe beaucoup de temps à vouloir se perfectionner (schéma *Idéaux exigeants*). Par ailleurs, le fait que Natalie ne veuille être près de son mari lorsque celui-ci tente de la reconforter (schéma *Manque affectif*) et qu'elle rejette toute forme d'aide en temps de besoin (schéma *Abnégation*), révèlent qu'elle manifeste également certains comportements d'évitement. Enfin, il appert que Natalie utilise également un comportement de compensation lorsqu'elle s'exerce à devenir davantage performante et passe plus de temps à l'organisation de ses journées (schémas *Idéaux exigeants* et *Échec*).

Liens hypothétiques avec les cognitions centrales et distorsions

Pour ce qui est des distorsions cognitives centrales (pensées et croyances fondamentales qui ne sont pas forcément une représentation exacte de la réalité) (Young et al., 2005) que Natalie pourrait avoir, on pourrait croire qu'elles ne font que renforcer les SPI qui sont en place chez elle. Parmi ses distorsions cognitives centrales, le fait que Natalie croit que les autres aient davantage besoin d'elle qu'elle ait besoin d'eux et qu'elle refuse leur aide en toute circonstance vient renforcer et maintenir les schémas *Abnégation* et *Manque affectif*. De plus, sa croyance à l'effet qu'elle doit être pleinement en contrôle dans toutes les situations et de devoir faire tout à la perfection, nourrit invariablement ses schémas *Idéaux exigeants* et *Échec*. Finalement, qu'elle croit fermement qu'elle ne doive pas montrer sa peine

aux autres pour ne pas leur dévoiler sa vulnérabilité vient supporter son schéma *Surcontrôle émotionnel*.

THÉRAPIE CENTRÉE SUR LES SCHÉMAS DE NATALIE

Schéma Idéaux exigeants

Dans le plan de traitement de Natalie, le schéma *Idéaux exigeants* sera mis de l'avant puisqu'il est le plus important des cinq SPI qu'elle rencontre. Par ailleurs, comme ce schéma (conditionnel) représente une stratégie développée par Natalie pour parvenir à s'adapter à l'existence d'un schéma inconditionnel central, soit le schéma *Échec*, il devient nécessaire de s'y attarder. À cet égard, il sera important de mettre en place d'autres stratégies d'adaptation, celles-ci plus saines (e.g., apprendre à se détendre par le biais d'activités physiques telles que la marche et/ou le yoga), afin de permettre à Natalie de se rapprocher, progressivement, de ses schémas centraux de *Manque affectif* et d'*Échec*. Autrement, il pourrait lui être très souffrant d'y accéder soudainement, sans appui. Comme l'expliquent Young et al. (2005), en abordant ce schéma, l'objectif du thérapeute sera de permettre à la cliente de réduire progressivement l'exigence de ses idéaux et de sa tendance critique, tout en apprenant à tolérer un certain niveau d'imperfection dans ce qu'elle accomplit (travail indirect du schéma *Imperfection/Honte*). À ce titre, à l'aide des techniques cognitives, Natalie sera invitée à revoir ses perceptions en lien avec ses croyances « tout ce que j'entreprends doit être impeccable » et à réévaluer et juger sa performance sur la base d'un spectre plutôt qu'en ayant recours à des catégories dichotomiques (tout bon *versus* tout mauvais). Aussi, sa perception du risque d'un échec pourra être travaillée en explorant les conséquences anticipées qui sont très négatives pour Natalie. D'autre part, sur le plan comportemental, Natalie pourra être exposée à une réduction de son perfectionnisme. Par exemple, le temps passer à travailler, à jouer et/ou être avec ses proches pourra être rééquilibré et Natalie pourra s'exercer, simultanément, à accomplir ses tâches et à faire les choses de manière volontairement imparfaites (travail indirect du schéma *Imperfection/Honte*). Par la suite, elle sera invitée à noter l'impact que ces nouveaux comportements ont sur son humeur et celui des gens de son entourage lorsqu'elle s'y exerce régulièrement. Enfin, sur le plan des émotions, Natalie sera amenée à développer une partie en elle qui sera capable de contrecarrer son « parent exigeant intériorisé » et qui lui permettra d'accéder également à sa partie vulnérable, celle liée au schéma central d'*Échec*. En ce sens, la réaction de Natalie à son TSPT qui lui, active surtout des schémas conditionnels chez la cliente, pourra être abordée explicitement et un réel travail de fond pourra s'amorcer à ce niveau.

Schéma Abnégation

Tout comme le schéma *Idéaux exigeants*, le schéma *Abnégation* est conditionnel. Cela signifie que Natalie a appris à satisfaire les besoins des autres afin de ne pas ressentir la souffrance directement liée à un schéma central, celui de *Manque*

affectif. Ici, le travail du thérapeute consistera essentiellement à accompagner Natalie dans la prise de conscience de ses besoins insatisfaits et à se reconnaître le droit d'en obtenir la satisfaction tout en travaillant à réduire son sentiment de responsabilité envers tous et chacun. À l'aide de techniques cognitives, Natalie sera amenée à tester sa perception exagérée du caractère fragile et nécessaire des autres « je ne peux pas accepter l'aide des autres, ils en ont plus besoin que moi ». De plus, elle sera amenée à identifier ses besoins et à réaliser que plusieurs d'entre eux sont insatisfaits depuis bien longtemps (e.g., écoute attentive) et que cela est directement lié, par ailleurs, au maintien de ses symptômes de TSPT. Le travail sur l'aspect émotif du schéma *Abnégation* sera surtout réalisé par l'utilisation d'une technique d'imagerie (s'imaginer le parent égocentrique ou ayant lui-même des besoins non-comblés) qui permettra de mettre en relief le schéma central *Manque affectif* qui perdure depuis l'enfance et qui engendre des sentiments de colère et de tristesse réprimés chez la cliente. Enfin, Natalie pourra apprendre à demander plus directement à ce que ses besoins soient satisfaits, à se donner le droit d'apparaître vulnérable devant ses proches (travail parallèle du schéma de *Surcontrôle émotionnel*), et à fixer des limites claires par rapport à ce qu'elle peut donner réellement aux autres personnes.

Schéma Surcontrôle émotionnel

Tout comme pour les schémas *Idéaux exigeants* et *Abnégation*, le schéma *Surcontrôle émotionnel* est conditionnel. Dans le cas précis de Natalie, le schéma *Surcontrôle émotionnel* est à la fois une résultante du schéma *Idéaux exigeants* et des schémas centraux *Échec* et *Manque affectif*. L'objectif du thérapeute dans son travail avec Natalie sera, ici, de faciliter l'expression plus spontanée de ses émotions. Sur le plan comportemental donc, Natalie sera invitée à parler plus ouvertement de ses sentiments avec ses proches et à faire preuve de plus de spontanéité au quotidien. Sur le plan émotionnel, elle pourra apprendre à reconnaître les émotions qui l'habitent et à les exprimer sans se censurer. Enfin, sur le plan cognitif, il lui sera important d'évaluer les avantages à être plus démonstrative envers ses proches qui, par exemple, pourraient être davantage disposés à lui offrir le support dont elle a besoin, entre autres, en lien avec ce que le TSPT lui fait vivre (travail parallèle du schéma *Manque affectif*).

Schéma Échec

Le schéma *Échec* est inconditionnel, c'est-à-dire qu'il « ne laisse aucun espoir » (Young et al., 2005, p. 50) à la personne et que peu importe ce qu'elle fera, rien n'y changera. Ainsi, ce schéma est d'ordinaire central à l'existence de schémas conditionnels. Dans son travail auprès de Natalie, le thérapeute aura comme objectif de l'aider à se reconnaître capable et performante tout en admettant qu'elle n'en est pas moins valable si elle ne parvient pas à maîtriser tout ce qu'elle entreprend à la perfection. Sur le plan cognitif, Natalie sera surtout invitée à repérer ses réussites et à ne pas se concentrer exclusivement sur ce qu'elle perçoit comme étant des échecs (entre autres, souffrir d'un TSPT). À ce titre, sa perception de ce qu'est un échec

pourra être revisitée afin qu'en émerge une vision plus équilibrée. Sur le plan émotif, Natalie sera amenée à revivre les exigences de ses parents, surtout de son père, envers elle par le biais de l'imagerie afin qu'elle puisse réattribuer l'échec à la critique de ce parent. Par ailleurs, Natalie sera invitée à contacter ses émotions de colère et/ou de tristesse liées au fait de ne pas avoir eu le droit à l'erreur sans ressentir de culpabilité et d'avoir dû, pour y pallier, devenir hyper performante dans toutes ses entreprises. Ce travail clé, effectué sur le plan des émotions, permettra à Natalie d'accéder à tous les blocages qui l'empêchent de surmonter son schéma *Échec* et par conséquent, permettra un travail en profondeur de son TSPT. Enfin, sur le plan comportemental, Natalie sera invitée à se fixer des buts plus réalistes dans l'accomplissement de ses tâches journalières en prenant soin d'y allouer un temps raisonnable.

Schéma Manque affectif

Tout comme pour le schéma *Échec*, le schéma *Manque affectif* est inconditionnel. Le thérapeute, dans son travail auprès de Natalie, sera surtout intéressé à ce qu'elle acquiert la conscience de ses besoins affectifs et qu'elle explore les origines infantiles de son schéma *Manque affectif*. Sur le plan émotionnel, Natalie sera amenée à reconnaître les besoins affectifs qui n'ont pas été satisfaits durant son enfance et pourra apprendre à les nommer en se permettant d'exprimer les émotions de colère, de souffrance et de tristesse envers ses parents soit par le biais de l'imagerie ou l'écriture d'une lettre, par exemple. Sur le plan cognitif, Natalie pourra s'exercer à nuancer sa perception à l'effet que ses proches se comportent et se comporteront de manière égoïste ou frustrante envers elle afin de parvenir à identifier ses besoins affectifs insatisfaits dans ses relations actuelles. Enfin, à l'aide de techniques comportementales, Natalie pourra s'exercer à demander la satisfaction de ses besoins importants, à accepter le soutien offert par les autres et à cesser d'éviter l'intimité, surtout avec son partenaire.

Comme le soulignent Young et al. (2005), la relation thérapeutique est centrale dans le traitement des divers SPI. À ce propos, Young et al. font état, pour chacun des SPI, des dispositions thérapeutiques optimales, plus précisément, en ce qui a trait aux SPI de Natalie : la présence d'un climat chaleureux et empathique (*Manque affectif*), la mise en place d'une relation thérapeutique basée sur l'authenticité, c'est-à-dire au sein de laquelle la cliente a le droit et peut se sentir vulnérable, d'avoir des besoins (*Abnégation*) et de faire des erreurs (*Idéaux exigeants* et *Échec*), ainsi que la présence d'encouragements à exprimer ses émotions de manière adaptée (*Surcontrôle émotionnel*). Tout cela, en séance avec le thérapeute, a le potentiel de lui faire vivre une « expérience émotionnelle correctrice » (Young et al., p. 278) qu'elle pourra, par la suite, généraliser à d'autres relations interpersonnelles.

TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Des méta-analyses relativement récentes (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Deacon & Abramowitz, 2004; Van Etten & Taylor, 1998) indiquent que plusieurs approches, voire des techniques thérapeutiques, peuvent contribuer

à une amélioration substantielle des symptômes du TSPT. Plus précisément, les études de Bradley et al. (2005) et Deacon et Abramowitz (2004) révèlent que l'exposition précoce, soit par le biais de l'imagination ou en situation réelle (in vivo), la restructuration cognitive et la mise en place de techniques pour apprendre à gérer l'anxiété liée au trauma, combinée à d'autres modalités thérapeutiques, entre autres, l'EMDR (intégration neuro-émotionnelle par le mouvement oculaire), réduit de 40 à 70 % les symptômes liés au TSPT en fin de traitement. Van Etten et Taylor abondent dans le même sens et présentent des données similaires à l'effet qu'une combinaison de techniques cognitives-comportementales et d'EMDR s'avèrent être très efficaces dans le traitement du TSPT. Iucci, Marchand, et Brillon (2003) abondent dans le même sens et soulignent l'efficacité des thérapies cognitives-comportementales brèves contre les principaux symptômes post-traumatiques. Ces auteurs soulèvent l'importance de prendre en compte les besoins de la victime et les particularités de l'événement traumatique dans le plan de traitement et lors de l'utilisation de la technique de débriefing. Plus récemment, en réplique à une méta-analyse réalisée par Benish, Imel, et Wampold (2008) sur l'efficacité des thérapies *bonafide* (qui ont un appui empirique) dans le traitement du TSPT, Wampold et al. (2010) ont précisé que les éléments du traitement thérapeutique étaient plus cruciaux pour un pronostic favorable du client que l'approche thérapeutique elle-même. Parmi certains de ces ingrédients clés identifiés par Wampold et al., notons (a) le justificatif du traitement doit être présenté au client; (b) le traitement doit être cohérent au justificatif; (c) le climat thérapeutique doit être axé sur la collaboration afin de favoriser l'alliance thérapeutique; (d) il doit y avoir une séance consacrée à la psychoéducation au sujet du TSPT; (e) le client doit avoir l'opportunité de parler de son expérience traumatique; (f) le thérapeute doit identifier, avec le client, ses ressources, forces, et stratégies d'adaptation afin de renforcer sa résilience; (g) le thérapeute doit lui enseigner de nouvelles stratégies d'adaptation; (h) le client doit avoir l'opportunité de s'exposer à son expérience traumatique; (i) le client doit faire du sens à son expérience traumatique; et (j) le client doit mobiliser son réseau de soutien social, le cas échéant. En somme, il faut retenir que le travail réalisé en séance auprès du client, suivant certains principes thérapeutiques universels, est plus important que le cadre théorique dans lequel il s'inscrit.

Ainsi, Natalie pourrait bénéficier d'un traitement au sein duquel plusieurs des variables susmentionnées seraient présentes, entre autres, des stratégies d'adaptation lui permettant de gérer son anxiété liée au TSPT. À ce titre, une technique de relaxation corporelle, par exemple la relaxation musculaire progressive de Jacobson, pourrait lui être enseignée. Par ailleurs, l'exposition en imagination (c'est-à-dire la confrontation des souvenirs liés au trauma) et in vivo (les situations ou stimuli qui évoquent le trauma et provoquent l'anxiété ou l'évitement chez la cliente) pourraient aider la cliente à réduire la détresse qu'elle ressent envers les indices internes et externes liés au trauma et, éventuellement, favoriseraient son réengagement dans certaines des activités autrefois évitées. Enfin, à l'aide de la restructuration cognitive, la cliente serait invitée à identifier, explorer, et questionner la raison d'être de ses croyances non adaptées de même qu'à développer des pensées alternatives plus

appropriées. À titre d'exemple, une pensée telle « je dois être forte », pourrait être travaillée en séance. Ce type d'intervention permettrait, entre autres, d'accéder facilement aux SPI de Natalie et d'amorcer un travail de fond à ce niveau. À ce titre, la thérapie des schémas, qui s'inspire des thérapies cognitives-comportementales et expérientielles, de la relation d'objets, et de l'attachement (Ainsworth & Bowlby, 1991; Young, 2005), en plus des données probantes bien que partielles (Cockram et al., 2010; Price, 2007) au sujet de sa pertinence dans le traitement du TSPT et suivant les facteurs importants mis de l'avant par Wampold et al. (2010), est tout à fait adéquate dans le traitement d'une problématique qui correspond à la présentation clinique de Natalie.

Difficultés potentielles

D'après les études réalisées par Cockram et al. (2010), Dalgleish et al. (1999), et Price (2007), le schéma *Échec* ressort comme étant l'un des prédicteurs d'un changement significatif dans le traitement du TSPT. Par ailleurs, ce schéma, d'après Young et al. (2005), est également difficile à traiter en raison des comportements de soumission, d'évitement, et/ou de compensation qui persistent. Dans le cas spécifique de Natalie, le fait qu'elle consacre toutes ses journées à organiser son temps, et qu'elle veuille sans cesse se perfectionner, réclamera une attention particulière de la part du thérapeute. Il en sera d'autant plus important qu'une diminution de son perfectionnisme donne accès au travail, et ultimement à la guérison de ses autres SPI et de son TSPT.

CONCLUSION

Cet article visait à démontrer comment la théorie des schémas favorise, et même facilite, la conceptualisation du TSPT et, par conséquent, l'élaboration d'un plan de traitement. Ces concepts de base, tels les schémas et les domaines dont ils relèvent, aident le clinicien à mieux comprendre la dynamique du client et à choisir des techniques d'intervention sensibles à la réalité de celui-ci. De par sa nature, cette théorie intègre diverses influences, tel que nous l'avons mentionnée précédemment. La richesse d'un tel site herméneutique constitue un outil de conceptualisation et de traitement considérable puisqu'il permet de prendre en compte (a) l'étendue et la profondeur des symptômes du TSPT chez la cliente et (b) comment ils peuvent s'articuler chez celle-ci en activant ou en exacerbant certains SPI. Ainsi, la théorie des schémas permet d'aller au-delà de la présentation symptomatique du TSPT et ne se limite pas au traitement unique des symptômes. Elle permet d'effectuer un travail clinique de fond qui laisse entrevoir l'espoir de guérison, en permettant non seulement une diminution des symptômes, mais une transformation des SPI en schémas plus fonctionnels et moins délétères. Nous croyons que cette transformation des schémas peut engendrer un effet réverbérant guérisseur sur les symptômes. Des études ultérieures permettront d'explorer cette hypothèse. En somme, nous croyons que la théorie des schémas favorise une compréhension plus exhaustive du TSPT et de son traitement.

Références

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *43*, 331–341. doi:10.1037//0003-066X.46.4.333
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ième éd., texte révisé). Washington, DC : Auteur.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA : University of Pennsylvania Press.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bonafide psychotherapies for treating Post-Traumatic Stress Disorder : A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychological Review*, *28*, 746–758. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.005
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. 3). Loss : Sadness and depression*. New York, NY : Basic Books.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 214–227. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Cecero, J. J., & Young, J. E. (2001). Case of Silvia : A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, *11*(2), 217–229. doi:10.1023/A:1016657508247
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *17*, 165–182. doi:10.1002/cpp.690
- Dalgleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. Dans W. Yule (Éd.), *Post-Traumatic Stress Disorders*. Concepts and therapy (chap. 10). Chichester, UK : Wiley.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin*, *130*(2), 228–260. doi:10.1037/0033-2909.130.2.228
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders : A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 429–441. doi:10.1002/jclp.10255
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*, 71–74. doi:10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1
- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York, NY : Springer.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioural therapy for PTSD*. New York, NY : Guilford Press.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd éd.). Northvale, NJ : Aronson.
- Lucci, S., Marchand, J., & Brillion, P. (2003). Pouvons-nous diminuer ou prévenir l'apparition des réactions de stress post-traumatiques ? Analyse critique de l'efficacité du débriefing. *Psychologie canadienne*, *44*(4), 351–368. Repéré de <http://www.deepdyve.com/lp/psycarticles-reg/pouvons-nous-diminuer-ou-pr-venir-l-apparition-des-r-actions-de-stress-25U2ORxqja>
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. Dans W. Yule (Éd.), *Post-Traumatic Stress Disorders*. Concepts and therapy (chap. 10). Chichester, UK : Wiley.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992). *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes* (CIM-10). Dixième révision.
- Price, J. P. (2007). Cognitive schemas, defense mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, *80*, 343–353. doi:10.1348/147608306X144178
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, *103*, 147–162. doi:10.1037//0033-2909.103.2.147
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for Post-Traumatic Stress Disorder : A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *5*, 126–145. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H/

- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., et al. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review, 30*, 923–933. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.005
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL : Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1994). *Young Parenting Inventory*. New York, NY : Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders : A schema-focused approach* (3ième éd.). Sarasota, FL : Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2003). *Schema Therapy : A practitioner's guide*. New York, NY : Guilford Press.
- Young, J. E. (2005). Schema-Focused Cognitive Therapy and Case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration, 15*(1), 115–126. doi:10.1037/1053-0479.15.1.115
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles, Belge : De Boeck & Larcier.

Présentation des auteures

Marilyn Guindon, Ph.D., est professeure adjointe en counselling, psychothérapie, et spiritualité à l'École de Counselling, de Psychothérapie et de Spiritualité, Université Saint-Paul. Elle exerce également la profession de psychologue clinicienne. Ses intérêts principaux sont le trauma simple et trauma complexe.

Judith Malette est professeure titulaire en counselling, psychothérapie, et spiritualité à l'École de Counselling, de Psychothérapie et de Spiritualité, Université Saint-Paul. Elle exerce également la profession de psychologue clinicienne. Ses intérêts principaux sont les images du divin auprès des personnes vivant un trauma.

Correspondance à l'auteure: Marilyn Guindon, Faculté des Sciences Humaines et de Philosophie, Université Saint-Paul, Ottawa, ON, Canada, K1S 1C4; courriel <mguindon@ustpaul.ca>