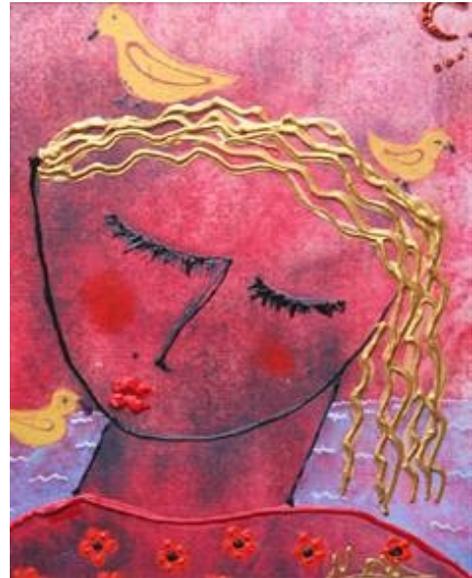


Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC et hypnose

*TCC – Thérapies Comportementales et
Cognitives – et hypnose : complémentarités
et limites*

Article de *Jean Touati*, hypnothérapeute

Juin 2010



Résumé

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les « schémas de pensée dysfonctionnels. »

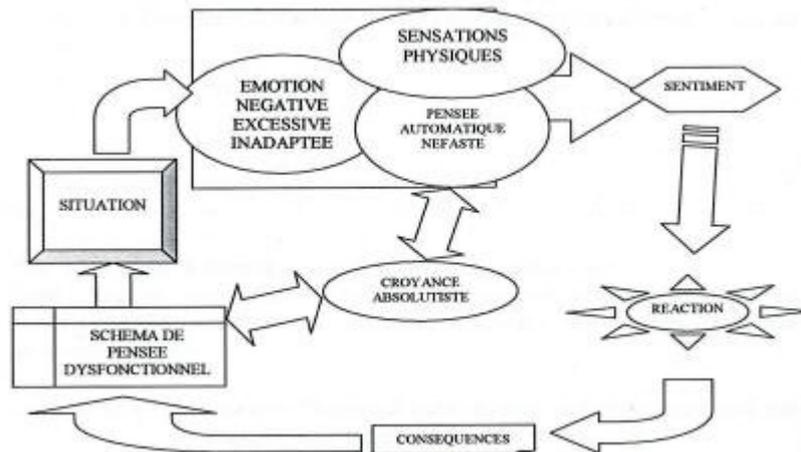
La démarche et les illustrations cliniques présentées dans ce texte sont issues d'une thérapie TCC de groupe suivie par des patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique) au sein du CETD (Centre de Traitement et d'Evaluation de la Douleur) de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne.

Je co-animais ce groupe thérapeutique aux côtés d'une psychologue clinicienne et d'un médecin psychothérapeute tous deux spécialisés en TCC.

Je porte, ici, un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Compte tenu des règles déontologiques de respect du secret professionnel et de réserve vis-à-vis des patients, les prénoms ainsi que certains éléments biographiques ont été modifiés.

La psychologue présente au début du second module (7ème séance) les principes de ce processus « de pensée dysfonctionnel » à l'aide du schéma ci-dessous.



Le travail sur les schémas de pensée dysfonctionnels est basé sur l'auto-questionnaire abrégé de Young (Young – YSQ – S1). Les patientes ont renseigné préalablement ce questionnaire qui a été traité par la psychologue. Il s'agit de coter entre 1 et 6 une liste de 75 affirmations. Un score est établi pour un ensemble de

17 schémas (3 à 5 affirmations déterminent le score pour 1 schéma) : Carence affective, Abandon, Méfiance, Vulnérabilité, Dépendance, Imperfection, Echec, Assujettissement, Sacrifice de soi, Exigences élevées, Tout m'est dû, Manque d'autocontrôle, Relation fusionnelle, Vulnérabilité, Contrôle émotionnel, Sévérité, Recherche d'approbation.

Chaque schéma s'exprime, dans la vie de tous les jours, selon des modalités de maintien, de fuite ou de compensation. La psychologue restitue les résultats et les patientes sont amenées à analyser leurs schémas. J'ai proposé qu'elles mènent une première réflexion en se mettant deux par deux. Elles poursuivront ensuite individuellement à l'aide d'un guide d'analyse très détaillé ; je reprends les questions de ce guide de travail qui montre la logique très rationnelle qui guide cette réflexion.

Il s'agit, tout d'abord, de justifier, dans son histoire personnelle, l'existence de chacun de ses schémas ; avec un exemple pour l'Abandon qui illustre la démarche : Ma mère, pour me taquiner quand je demandais des câlins un peu trop souvent à son goût, me disait : « Qu'est-ce que je vais faire de cet enfant ? je vais lui trouver une mère adoptive ? » Puis, d'identifier les besoins capitaux de l'enfant qui n'ont pas été respectés dans cette expérience parmi une liste de 7 besoins capitaux de l'enfance (Hahusseau, 2003) :

Etre aimé inconditionnellement, Etre protégé physiquement et psychiquement, Etre encouragé, Etre compris, entendu, Etre progressivement responsabilisé et sentir face à soi des limites réalistes, Etre éveillé et aidé à développer sa curiosité et Sentir autour de soi de la stabilité.

Toujours dans cette logique rationnelle, le questionnement continue : les raisons pour lesquelles ce schéma n'est plus aussi justifié aujourd'hui, les ressources qui auraient évité que ce schéma se manifeste, les façons conformes d'entretenir le schéma, les manifestations des émotions présentent dans chacune des situations où le schéma est entretenu, les façons d'éviter de se confronter à la préoccupation, les façons de transposer les schémas et de les faire endosser ou supporter par d'autres, les façons de nier l'intérêt d'avoir ce type de schéma, les avantages et les inconvénients à entretenir ce schéma en observant pour chaque item les émotions associées.

Ce travail sur les schémas pourra être très difficile pour certaines patientes ; parce que difficile à comprendre mais aussi parce qu'il peut être difficile de se raconter ou encore d'accepter qu'il y ait un lien avec ses douleurs :

Lyse : « Moi je ne peux pas le mettre sur papier, déjà je vous en parle pour que vous compreniez, c'est déjà très fort pour moi. »

Caroline : « C'est une analyse je trouve, je ne pensais pas qu'un groupe sur la douleur allait tant me remuer, ça fait remonter des trucs que je ne maîtrise pas du tout où que je n'avais pas envie de faire remonter... Pour moi, ça fait penser à la psychanalyse... J'étais foncièrement contre l'idée de faire une analyse... Je ne vois pas bien le rapport avec la gestion de la douleur : aller moins mal psychiquement ce n'est pas forcément aller moins mal physiquement, pour moi il y a une passerelle que je n'ai pas comprise.»

Christine : « Tous ce qui est schéma je n'ai pas du tout ! envie de rentrer la dedans, je ne veux pas réfléchir sur moi, je n'ai pas envie de savoir quoi que ce soit, je n'ai pas envie de remuer le passé, j'ai envie de regarder devant. Je n'ai pas envie de lire ce bouquin. J'accroche sur des choses plus pragmatiques. Je n'ai pas envie de me mettre dans l'état de Caroline ! Il y a déjà assez d'ennuis comme ça. J'ai envie de voir des trucs positifs. »

D'autres, au contraire, entrent très bien dans le modèle et racontent des événements de vie qu'elles relient aux schémas mis en avant :

Mylène commente un schéma de Carence affective qu'elle arrive très bien à analyser. Partant d'une situation d'aujourd'hui, elle raconte de manière très détaillée, avec du recul, sans affects, une enfance terrible sans aucune affection de ses parents et avec une maltraitance psychologique permanente : « J'étais dans la soumission totale, où je perdais mon identité, où je n'existais plus, je devais me conformer pour être aimée, je devais baisser l'échine devant mon père, ce qui se reproduit aujourd'hui... »

Christine rebondit : « Je veux enchaîner car je suis la copie conforme de Mylène, je viens de couper le cordon avec mon père, il m'a pourri 37 ans de ma vie. »

Lyse a aussi rompu très tôt avec sa famille : « J'ai eu beaucoup de décès dans ma famille, une fois même je me suis demandée si mon père était mort ou vivant. »

Violette partant également du schéma de carence affective, raconte elle aussi une histoire d'enfance sans affection, des doutes sur des relations incestueuses avec son père : « Ma mère m'a retirée si violement du lit de mon père, qu'avec le recul, je me demande s'il y a eu des attouchements... »

Certaines patientes ne se reconnaissent pas vraiment dans leurs schémas ; Sara n'a aucun schéma qui ressorte. Nous voyons là, la limite de ces auto-évaluations ; Sara filtre malgré elle ses réponses. Elle exprimera qu'elle a le sentiment de juger ses parents, elle ne peut admettre, et encore moins exprimer, sa propre souffrance. Plus tard, à la lecture du livre de Stéphanie Hahusseau (2003), elle se reconnaîtra dans les schémas d'abandon, de carence affective, de sacrifice de soi, et seulement dans les dernières séances commencera à s'ouvrir :

Sara : « Si je cherche loin, il y a quelque chose qui vient mais tout de suite je l'écarte. J'ai eu une enfance pas très... mais en même temps je me dis j'ai de la chance. Ma mère était malade, elle est morte à 36 ans. Mon père était policier, il allait voir ailleurs. Ma mère arrêtait de manger, elle a pesé jusqu'à 28 kg. Je ne me rappelle pas à partir de quand, mais j'ai été élevée par ma tante et ma grand-mère. Aussi loin que je me souviens j'aimais beaucoup ma tante, aujourd'hui c'est comme ma mère. J'ai vu mon père taper ma mère, j'ai dû intervenir, lui lancer quelque chose. Je ne lui ai plus parlé durant cinq ans. Il a abandonné son travail, il vivait avec cette femme prostituée. Il venait à la maison lorsqu'il n'avait plus d'argent. Il volait ma mère. Il y avait une association qui nous donnait à manger, pour moi c'était terrible. Je ne vois pas pourquoi ça interfère, j'ai tout pour être heureuse : un mari adorable, tout le contraire de mon père (pleure), je ne vois pas comment ça intervient, c'est pour ça que je ne voulais pas parler.... Je ne fais pas de différence entre ma mère et ma tante et en même temps je ne me sentais pas à ma place. Une fois j'étais chez ma mère, elle m'a dit va chercher deux yaourts, elle ne m'a pas dit trois. Je comprends en tant qu'adulte qu'on n'avait pas d'argent. J'étais enceinte à 18 ans, ma mère avait 36 ans, l'année où elle est morte. On s'était vraiment rapprochées à ce moment là. Là, c'était ma mère vraiment. Il y a plein de chose que je n'ai pas dites. C'est surtout de l'amour de ma mère dont j'ai manqué, mon père non.... Je me dis que maintenant que je suis bien, je pourrais faire plein de choses pour ma mère, mais c'est trop tard. »

Il est frappant de voir que la plupart de ces patientes ont connu des histoires difficiles. Des études citées par Cedraschi (2003) soulignent l'importance d'un événement perçu comme traumatique et citent des antécédents de maltraitance ou d'abus sexuels, la survenue dans l'enfance d'événements tels la perte d'un parent, la maladie d'un membre de la famille, une carence maternelle, une impression de surprotection paternelle. En écoutant ces patientes raconter leurs enfances douloureuses, celles qui vont mieux et qui peuvent raconter et surtout écrire leur histoire et celles qui ne le peuvent pas, comme Sara, je pense au roman Douleur exquise de l'artiste Sophie Calle (2003) qui raconte chaque jour, sur une année, la même histoire de rupture amoureuse. Chaque jour l'on voit l'évolution de sa narration, qui, au fur et

à mesure que la souffrance s'amenuise, devient de la littérature. En effet, je pense que lorsqu'un patient peut raconter de manière narrative son histoire c'est que déjà il va mieux, il s'est dégagé des émotions associées à ces événements et qui « agissaient ses schémas », comme je l'ai souligné dans le cas de Mylène qui a déjà fait un long travail thérapeutique. Dans la logique rationnelle de la démarche, la psychologue insistera auprès de Sara pour qu'elle « écrive son histoire, pour avoir une trace, un support de réflexion... » Cette demande, que je ressens très en décalage avec le cheminement de la patiente, laisse sans voix, cette dernière, qui exprimait, ici, pour la première fois « l'indicible ». C'est une autre patiente qui exprimera ce ressenti : « Moi, je n'aimerais pas que ce soit écrit, si c'est écrit c'est insupportable, c'est pour ça que l'on a du mal à remplir [le questionnaire]. » Lors de la dernière séance Sara ajoutera : « J'ai l'impression que si je mets sur le papier, je vais juger mes parents, je vais me juger moi-même, et puis il y a eu d'autres histoires et je n'aime pas me voir là-dedans. » Je retrouve chez Ferenczi (1920-1932, p.128) ces mêmes idées ; en parlant de l'abréaction, il nous dit : « Si la patiente remarque que j'éprouve une réelle compassion pour elle [...] elle devient capable non seulement de me donner une représentation dramatisée des événements, mais encore de m'en parler. L'atmosphère amicale lui permet donc de projeter les traumatismes dans le passé et de les raconter comme souvenirs [...] la sympathie, la confiance – réciproque – doivent être établis, avant que ne soit mise en place une attitude nouvelle : la remémoration au lieu de la répétition. » Ferenczi insiste sur la nature de la relation entre le thérapeute et le patient, mais ce qui m'intéresse ici est surtout qu'il souligne que le patient devient capable de raconter de manière narrative ses événements de vie.

La question du changement des schémas, des ressources nécessaires, ne sera abordée que très brièvement à la demande d'une patiente lors du bilan de la dernière séance. Je reprends la réponse du thérapeute qui laissera bien perplexes les patientes : « Les ressources c'est souvent un travail un peu imaginaire, on va se dire qu'est-ce qu'il aurait fallu que je vive pour empêcher le schéma de s'installer : moi, il aurait fallu que je rencontre Superman, moi, si ma mère m'avait mis la main sur l'épaule,... voilà c'est ça les ressources, ce sont des choses fictives ou des personnages auxquels on a pensé dans telle ou telle situation. »

Ce qu'exprime ici le thérapeute rejoint la démarche de « reparentage » (Melchior, 2008) pratiquée en hypnothérapie. Ce qui en hypnose touche aux émotions souvent inconscientes, prend, selon moi, peu de sens lorsque cela est traité, comme ici, sous un abord purement rationnel. Je vois cependant des complémentarités intéressantes entre hypnose et TCC. La démarche de régression en âge sous hypnose vise, au travers de la reviviscence d'événements vécus le plus souvent dans l'enfance, à modifier « l'empreinte émotionnelle » qui y est associée. Contrairement à l'approche TCC il ne s'agit pas de rechercher par une réflexion causaliste rationnelle des situations ou événements supposés responsables de « schémas dysfonctionnels » mais grâce à un « pont affectif » (Watkins, 1971) qui amène le patient au travers d'une émotion douloureuse d'aujourd'hui – ressentie en séance – à réactiver des

événements de son passé sur lesquels un « travail de réparation » sera réalisé. La plupart du temps ce n'est pas un événement auquel le patient aurait pensé consciemment et souvent il ne présente pas, vu de l'adulte, un caractère traumatique objectif. Parmi les démarches visant à faire ce « travail de réparation du trauma » l'on retrouve effectivement la démarche de « reparentage » décrite succinctement par le thérapeute. Il s'agit de faire intervenir un personnage de l'entourage voire imaginaire ou la personne adulte elle-même qui reconfortera l'enfant de l'époque. Mais ce qui est important et qui a été souligné dès les années 1920 par Ferenczi (1920-1932) c'est, que la répétition de l'expérience traumatique n'a pas d'effet libérateur si l'analyste reste froid et sans affect dans un registre purement intellectuel. Il doit se transporter aux côtés de « cet enfant blessé » dans cette période de son passé et lui apporter son aide et son réconfort. Il ajoute que le patient n'a pas seulement besoin d'une explication, mais aussi de « la tendresse et de l'amour passionné ». Il précise : « une empathie véritable, non simulée. »

D'autres démarches sont bien sûr possibles, nous l'avons vu par exemple, lorsque la psychologue essaie de convaincre Sara d'écrire son histoire ; cela peut soulager, d'écrire – pour soi – une lettre à ses parents ou à ceux qui nous ont blessés – même décédés – mais la lettre écrite est, en soi, le résultat d'un cheminement thérapeutique que le patient doit faire ; il ne suffit pas de se forcer à écrire pour que ça aille mieux et les patientes l'ont bien exprimé. Il ne s'agit pas non plus d'aller analyser intellectuellement l'émotion associée à ce que l'on écrit. Cette lettre pourra, par exemple, être utilisée symboliquement, un de mes patients ira la brûler sur la voie ferrée où il jouait étant enfant. Mais encore une fois, selon moi, chaque patient doit être vu dans sa singularité et comme le dit Ferenczi, avec « une empathie véritable. »

Autres textes

Dans ces textes je présente des outils et méthodes de l'approche TCC tout en portant un regard croisé basé sur ma pratique d'hypnothérapeute.

Principes des thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Je présente dans ce texte une synthèse sur les TCC et détaille ensuite le programme TCC proposé au CETD de l'hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt) aux patientes souffrant de fibromyalgie (douleur chronique).

Lire ⓘ Principes des thérapies comportementales et cognitives TCC

Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Cette grille d'analyse, utilisée pour l'analyse fonctionnelle par le thérapeute, permet au patient, au travers d'une auto-observation, de comprendre l'interaction entre ses mécanismes de pensées et ses comportements. En partant d'une situation – Stimulus – il lui est demandé d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensées, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

Lire  Analyse fonctionnelle TCC : la grille SECCA

Méthodes de relaxation en TCC

Je présente la mise en œuvre de deux démarches de relaxation : le *contrôle de la respiration* et la méthode *Jacobson*.

Lire  Méthodes de relaxation en TCC

Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

Je présente une démarche thérapeutique en TCC visant à faire évoluer les "schémas de pensée dysfonctionnels".

Lire  Modifier les schémas de pensée dysfonctionnels en TCC

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique

Je présente dans ce texte mes réflexions sur la gestion de la relation thérapeutique en TCC.

Lire  TCC et hypnose – complémentarités et limites : la relation thérapeutique

TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Je présente dans ce texte une réflexion sur les limites de l'approche TCC en ouvrant une perspective sur une démarche intégrative se nourrissant à la fois de l'hypnose et des TCC.

Lire  TCC et hypnose – complémentarités et limites : la rationalité des TCC, l'imagination et la liberté de l'hypnose

Bibliographie

- ALFORD B.A., BECK, A.T. *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press, 1997
- BANDLER, R., GRINDER, J. *The Structure of Magic : A Book about Language and Therapy*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1975.
- BIOY, A., MICHAUX, D. (sous la dir. de), *Traité d'hypnothérapie*. Paris : Dunod, 2007
- BOUREAU, F. *Contrôler votre douleur, faire face à une douleur rebelle*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1991
- BRASSEUR, L. (sous la direction de) *Traitement de la douleur*. Paris : Edition Doin, 1997
- CALLE, S. *Douleur exquise*. Paris : Acte Sud, 2003
- CASTEL, A. et al. *Cognitive-behavioural group treatment with hypnosis: a randomized pilot trial in fibromyalgia*. *Contemporary Hypnosis*, Mar 2009, Vol. 26 Issue 1, p48-59
- CEDRASCHI, C. *Aspects psychologiques de la fibromyalgie*. Revue du rhumatisme. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003
- COTTRAUX, J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 2004
- COTTRAUX, J., BOUVARD M., LEGERON P. *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*. Issy-les-Moulineaux : Editions d'application psychotechniques, 1985
- ERICKSON, M.H. *L'hypnose thérapeutique*. quatre conférences, Paris : ESF, 1990
- FERENCZI, S. (1920-1932) *Le traumatisme*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2006
- FREUD, S. (1890-1920) *Traitement psychique (traitement d'âme) in Résultats, idées, problèmes*, Tome I, Paris : PUF, 1984
- HAHUSSEAU, S. *Comment ne pas se gâcher la vie ?* Paris : Odile Jacob, 2003
- HARRER, M. E. *Mindfulness and the mindful therapist: possible contributions to hypnosis*. *Contemporary Hypnosis*, Dec 2009, Vol. 26 Issue 4, p234-244, 11p
- LAZARUS, A.A. *Multimodal behavioral therapy*, New-York: Springer, 1977
- MELCHIOR, T. *Créer le réel, hypnose et thérapie*. Paris : Éd. du Seuil, 1998
- MELZACK, R., CASEY, K.L. (1968) *Sensory, motivational and central control determinant of pain*. In D.R. Kensalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield CC: Thomas
- OVALDE, V. *Ce que je sais de Vera Candida*. Paris : L'Olivier, 2009
- ROGERS, C. (1942) *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris : ESF, 2008

ROUSTANG, F. *Qu'est-ce que l'hypnose*. Paris : Les éditions de minuit, 2003

ROUSTANG, F. *Influence*. Paris : Les Editions de Minuit, 1990

SEARLE, J.R. *Les actes de langage*. Paris : Hermann, 1972

SWEIG, S. *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*. Paris : Roman Poche, 1992

YALOM, I. (1992) *Et Nietzsche a pleuré*. Paris : Galaade Editions pour la trad. française, 2007

WATKINS, J. G. (1971). *The Affect Bridge: A Hypnoanalytic Technique*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, p. 21-27.

WOLPE, J. *La pratique des thérapies comportementales*. Paris : Masson, 1975

WROBEL, J. ALLAZ, AF. *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Paris : Institut UPSA de la douleur, 2003

ZINDEL, V. *Les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience pour la dépression*. Edition Boek, 2006