

Quand la réalité dépasse la fiction humoristique...

En plaisantant je décrivais parfois l'évolution des thérapies comportementales de la façon suivante :

- les comportementalistes sont passés des thérapies comportementales aux thérapies cognitivo-comportementales le jour où ils se sont rendus compte que les patients pensaient...
- puis ils ont découvert que les êtres humains avaient des émotions. Ils ont donc développé des thérapies comportementalo-cognitivo-émotionnelles.
- le jour où ils vont se rendre compte que les êtres humains vivent en société en échangeant, ils inventeront les thérapies comportementalo-cognitivo-émotionnelo-relationnelle ! Encore un effort et ils auront redécouvert les thérapies systémiques...

Je croyais faire de l'humour. Mais j'ignorais que ce parcours s'était presque déjà réalisé avec **la thérapie des Schémas développée par Jeffrey E. Young**, élève de Aaron Beck¹, dans les années 1990. Cette thérapie des schémas s'inscrit dans le champ des **TCC** dites de « la troisième vague ».

Il s'agit d'une **approche « intégrative »** puisqu'elle associe aux théories comportementales et cognitives classiques la notion de dissociation telle que la concevait Pierre Janet, des concepts psychanalytiques (mécanismes de défense, transfert et contre-transfert...), des références à la théorie de l'attachement (John Bowlby, Mary Ainsworth), les avancées des neurosciences, et aussi des emprunts aux approches interactionnelles, systémique et transactionnelle (même si je n'ai trouvé aucune référence explicite à l'Analyse Transactionnelle malgré me semble-t-il de nombreux points communs).

Du côté des « techniques » d'intervention, là aussi l'approche est « intégrative » (éclectique ?) puisqu'elle ajoute à la psychoéducation des « outils » empruntés à la Gestalt-thérapie (la chaise « chaude » devenue « chaise vide »), aux techniques hypnotiques (l'imagerie) ou à l'EMDR... liste non exhaustive. Se voulant pragmatique et efficace, la thérapie des Schémas peut faire flèche de tout bois.

Mais le pas n'est pas encore tout à fait franchi de l'intégration de la seconde cybernétique, celle qui met l'intervenant au centre de l'intervention. Le ressenti de l'intervenant n'est (comme en Analyse Transactionnelle) utilisé que comme outil d'aide au diagnostic du mode de (dys)fonctionnement du patient.

¹ Aaron T. BECK, 1921-2021. « Beck développa plusieurs échelles d'évaluation, et publia plus de 6 000 articles et 24 livres durant sa carrière. On lui attribue la « [triade de Beck](#) », décrivant les facteurs alimentant de la dépression majeure, soit des idées négatives sur soi-même (1), le monde (2) et le futur (3). Il décrit la notion de [schémas cognitifs](#), filtres à travers lesquels l'expérience est perçue et évaluée, à l'origine de pensées automatiques. Chez les patients déprimés, Beck remarque que le traitement des informations est biaisé par des erreurs cognitives qui génèrent plutôt des pensées automatiques négatives. Beck préconise des techniques cognitives visant la modification ou l'assouplissement des pensées négatives dans le cadre d'une [alliance thérapeutique](#) sur un modèle humaniste et empathique qui consiste en une coopération patient/thérapeute (empirisme collaboratif) centrée sur [l'ici et maintenant](#). » (Source : Wikipedia)

La thérapie des schémas veut offrir une vision claire, clinique, objective, des troubles affectifs et comportementaux, et en cela elle peut rassurer le soignant en quête de savoirs.

De plus, les « diagnostics » qu'elle propose, tout en voulant rejoindre les tableaux cliniques descriptifs du DSM, s'en éloignent en posant des *diagnostics centrés sur les processus relationnels et identitaires*, ce qui permet d'envisager un vrai travail de compréhension et d'évolution, et non seulement un étiquetage essentialisant. La personne n'est ni les *schémas* auxquels elle obéit, ni les *modes* d'adaptation qui structurent ses comportements.

Petit rappel sur le DSM

Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR (2022) a été élaboré pour trouver un langage descriptif « objectif » et partageable. Il se prétend a-théorique et est révisé périodiquement à partir d'un consensus des professionnels.

Il distingue 5 axes permettant l'élaboration des diagnostics :

- Axe 1 : les troubles de santé mentale et toxicomanie
- Axe 2 : traits (troubles) de la personnalité et retard mental
- Axe 3 : condition physique associée, état médical général
- Axe 4 : problèmes psycho-sociaux et environnementaux
- Axe 5 : évaluation globale du fonctionnement

C'est un ouvrage qui était donc à l'origine destiné à aider les politiques à répondre aux besoins en santé mentale à partir de l'identification quantitative des pathologies psychiatriques, sur le modèle des maladies somatiques. Il devait donc permettre d'adapter les moyens de soin à des besoins précisément identifiés.

Cet outil « statistique » appliqué aux troubles mentaux se veut a-théorique et non explicatif, purement objectif. Or, il est bien évident que les troubles psychologiques relèvent toujours d'une interprétation culturelle qui se veut compréhensive et explicative et pas seulement détachée et objective. Une angoisse n'est pas quantifiable comme un diabète, et un délire n'est pas équivalent, ni dans sa compréhension ni dans son traitement, à une fracture osseuse.

Son *a priori* a-théorique échappe difficilement à la recherche d'une compréhension étiologique, causale. Les partisans du DSM reprochaient aux classifications psychiatriques classiques de mélanger allègrement descriptions factuelles symptomatiques et interprétations étiologiques. C'était oublier le besoin de sens et l'inévitable interprétation qui précède et accompagne toute collecte des « faits » objectifs. Comme le rappelle l'approche systémique, l'objectivation est l'expression de la subjectivité d'un sujet en contact avec le monde, sujet issu lui-même d'une certaine culture. Pour ses détracteurs, le DSM est « *un ouvrage dangereux qui crée des maladies mentales et n'a pas de fondement scientifique, qui sert l'industrie pharmaceutique avec un risque de surdiagnostic et donc de surmédicalisation* ». (Wikipédia)

Cependant, et même si Jeffrey Young recommande d'utiliser les mots du patient et un langage proche du sien, la psychoéducation qu'utilise la thérapie des Schémas suppose un partage de son vocabulaire « technique ». Cette mise en commun des concepts peut difficilement ne pas être perçue comme une prescription normative, et invite le thérapeute à se positionner comme modèle de la normalité, même si son intention n'est que d'être indirectement modélisant...

Nous allons d'abord explorer le modèle proposé et je regrouperai mes inévitables questionnements et remarques critiques à la fin.