

Pr Stéphane Rusinek\*, Mme Fabienne Sgard\*\*

\* Université de Lille 3, UFR de psychologie, BP 149, F-59653 Villeneuve d'Ascq Cedex. E-mail : stephane.rusinek@univ-lille3.fr

\*\* Point Alcool Rencontre Information, 12, rue des Sarrazins, F-59000 Lille

Reçu février 2005, accepté mai 2005

# Restructuration cognitive

## Un exemple de “thérapie orientée schémas” chez un alcoolodépendant

### Résumé

Nous présentons le cas de Monsieur W., 56 ans, médecin du travail, souffrant d'alcoolodépendance, comme exemple d'une "thérapie orientée schémas". Le protocole thérapeutique s'inspire des fondements théoriques de la notion de schémas en psychopathologie cognitive et des biais d'attribution qui y sont liés. L'idée est que l'alcoolodépendance est, dans certains cas, une caractéristique discriminante très saillante, que certains patients envisagent comme fédératrice des personnes qui la possèdent. Ainsi, comme Monsieur W., des patients peuvent considérer certaines pensées comme communes à tous les alcoolodépendants et absentes chez les personnes sobres. De cette idée, nous avons envisagé un protocole de restructuration cognitive rapide dans lequel sont comparées les réponses au questionnaire des schémas précoces de Young et Klosko (1993) de Monsieur W., avec les réponses qu'il attribue lui-même à deux célébrités pour lesquelles, implicitement, la consommation d'alcool est une variable discriminante.

### Mots-clés

Schémas précoces – Alcoolodépendance – Biais d'attribution – Thérapie cognitive.

### Summary

#### An example of “schema therapy” in an alcohol-dependent patient

We present the case of Mr W., 56 years old, an alcohol-dependent occupational health physician as an example of “schema therapy”. The treatment protocol is based on the theoretical principle of schemas in cognitive psychopathology and the related attribution biases. Alcohol dependence is considered to be, in some cases, a very prominent discriminant characteristic that some patients consider to be a federating aspect of people presenting this characteristic. Patients like Mr W. can consider some thoughts to be common to all alcohol-dependent subjects and absent in abstinent subjects. On the basis of this idea, we considered a rapid cognitive restructuring protocol in which Mr W.'s responses to the early schema questionnaire of Young and Klosko (1993) were compared to the responses that he personally attributed to two celebrities for whom drinking is implicitly a discriminant variable.

### Key words

Early schemas – Alcohol dependence – Attribution biases – Cognitive therapy.

Dans une synthèse de ses travaux sur la mémoire datant de 1932, Bartlett (1) parle des schémas comme de structures mémorielles qui ont le “pouvoir” d'orienter l'attention, la sélection de l'information et le rappel. Dans l'expérience désormais célèbre de la “Guerre des fantômes”, il montre comment de jeunes Anglais modifient peu à peu les informations concernant un conte indien qu'ils ont mémorisé, pour rendre ce récit de plus en plus compatible

avec les logiques de leur propre culture. Il conclut alors à l'existence d'un “schéma culturel anglais” qui est utilisé pour restreindre les alternatives de traitement, mais aussi pour combler les manques du récit ; il faut bien que nous puissions tout de même traiter ces milliers d'informations imprécises, lacunaires et parfois incompréhensibles qui nous parviennent. On suppose alors, pendant de la notion, que les schémas peuvent être repérés de manière pragma-

tique et clinique, sur la base de leurs conséquences : facilitation de l'accès à certaines informations et modification des informations en mémoire. Ces effets dépendants de la congruence au schéma actif entraînent toutefois aussi d'autres résultats, comme l'uniformisation des discours et des modes de pensée. Ainsi, le "schéma culturel anglais" des sujets de l'expérience est sensiblement le même pour tous. Les modifications de souvenirs vont dans le sens facilement repérable de la transformation du conte indien en un conte "plus correctement anglais", parce que les sujets font partie d'un groupe tout aussi facilement repérable. En réalité, il y a une discrimination importante sur la variable culturelle qui nous fait considérer tous les sujets comme faisant partie du même groupe, comme ayant des processus cognitifs en commun. Nous sommes nous-mêmes, pour la plupart, capables de nous situer dans un groupe précis sur cette variable, et pourtant nous avons bien tous conscience que chaque individu d'une même culture peut avoir ses propres modes de pensée.

Nous sommes partis de cette idée du sentiment illusoire d'appartenance à un groupe cohérent dans sa manière de penser en fonction d'une variable discriminative forte qu'engendre la notion de schéma. Nous nous sommes alors posés la question de son application possible en thérapie cognitivo-comportementale et particulièrement lors de restructurations cognitives. À notre goût, l'un des troubles psychiatriques correspondant le plus à cette description est sans doute l'alcoolodépendance.

Notre problématique nous a menés à considérer qu'un patient alcoolodépendant pourrait se sentir proche d'une autre personne reconnue comme telle, et assez différent de quelqu'un "normalement" sans dépendance. Pour évaluer cette proximité due au filtre des schémas, nous avons décidé, non pas de considérer un schéma spécifique à la consommation d'alcool, mais un groupe de schémas. En effet, différentes études (2) ont déjà pu montrer que les patients alcoolodépendants et les sujets tout-venant sans troubles spécifiques se différencient sur des "patterns" schématiques. Pour tester ces patterns, différents questionnaires issus de l'approche théorique de Young (3) ont pu être utilisés, en particulier le questionnaire des schémas issus des travaux de Schmidt *et al.* (4) par Mihaescu *et al.* (5), Lee *et al.* (6), Ball et Cecero (7) ou encore Petrocelli *et al.* (8). Mais ces questionnaires étant assez longs à passer, nous avons choisi d'utiliser celui qui est proposé dans le manuel de thérapie de Young et Klosko (9). Ce questionnaire, bien que non validé au niveau psychométrique, revêt à nos yeux une utilisation clinique assez intéressante, ce qui a guidé notre choix.

## Aspects cliniques

### Matériel et procédure

Les "thérapies orientées schémas" font partie des procédures de restructuration cognitive dont la logique est en premier lieu de permettre une prise de conscience des règles dysfonctionnelles par le patient, suivie d'une étude des alternatives possibles à ces règles. Cette première étape de prise de conscience est sans doute la plus importante, comme le suggèrent Beck et ses collaborateurs (10, 11), puisqu'elle entraîne automatiquement une remise en cause des comportements et une recherche plus ou moins active d'alternatives. Beck explique qu'il s'agit ici pour le patient d'apprendre l'induction à partir de données objectives et non la déduction à partir de règles erronées (12). La froide logique de cette procédure est toutefois accompagnée de difficultés qui sont de l'ordre de l'acceptation de ses erreurs par le patient, ou encore la gestion des multiples émotions positives et négatives qui en découlent.

Le protocole de "restructuration cognitive orientée schémas" que nous proposons connaît ce même fondement métacognitif, mais il diffère des méthodes plus courantes sur quelques points essentiels :

- il ne s'agit pas de chercher les règles erronées et autres phénomènes, résultants des schémas actifs, dans le discours des patients par l'habituel questionnement socratique, mais de proposer une situation qui d'emblée montrera ces dysfonctionnements ;
- nous utilisons du matériel pour mettre en avant ces règles, matériel qui sera aussi une source d'objectivité pour les patients et le thérapeute ;
- les règles dysfonctionnelles recherchées ont trait à ce sentiment d'appartenance du patient alcoolodépendant à une cohorte fictive d'individus pensant de la même façon ; le matériel utilisé est donc clairement orienté et réfléchi à cet effet ;
- notre procédure, contrairement à la restructuration cognitive plus traditionnelle, a pour but de faire émerger rapidement les règles dysfonctionnelles et laisse donc moins de marge de développement du discours au patient.

Le matériel et la procédure se résument ainsi :

- le patient remplit le questionnaire des schémas en 22 items tel que le proposent Young et Klosko (9) ;
- une séquence vidéo de cinq minutes montrant Zinedine Zidane parlant de l'amitié est visionnée, puis le patient remplit le même questionnaire des schémas avec pour consigne de se mettre à la place du sportif pour répondre

(une seconde version du questionnaire a été rédigée avec une consigne particulière et une formulation des questions en référence au footballeur) ;

- une autre séquence vidéo de cinq minutes concernant des propos sur l'amitié est visionnée, mais il s'agit cette fois d'une interview de Serge Gainsbourg. Le patient remplit une troisième version du même questionnaire des schémas dont la consigne fait référence à des réponses que le chanteur lui-même aurait données ;

- avant la séance suivante, le/la psychologue sélectionne dans les 22 items du questionnaire ceux pour lesquels le patient pense que Serge Gainsbourg répondrait exactement comme lui, et Zinedine Zidane d'une manière totalement différente ;

- les items ainsi sélectionnés servent de "charpente" aux séances de restructuration cognitive qui suivent.

Le principe est, bien entendu, que le patient, sur certaines caractéristiques, peut attribuer à Serge Gainsbourg des attitudes semblables aux siennes et à Zinedine Zidane des attitudes complètement opposées par cette fausse idée d'appartenance à un groupe dans lequel il inclura intuitivement l'artiste et dont il exclura tout aussi intuitivement le footballeur. Le propos du/de la psychologue est alors de faire activement comprendre au patient ses biais d'attribution, ses inférences, ses croyances dysfonctionnelles et de l'aider ainsi à générer certaines alternatives de pensée. Il s'agit aussi d'insister sur l'illusion d'une appartenance à un groupe afin de permettre au patient d'accepter les propos d'autres individus n'étant pas eux-mêmes alcoolodépendants comme pertinents et compréhensifs, afin qu'il accepte ses points communs avec ces individus. C'est un travail sur l'ensemble des variables de ressemblance et de différence entre les personnages et le patient.

Il est évident qu'une telle procédure engendre des jugements de valeurs explicites de la part du patient, et parfois implicites de la part du thérapeute, sur les personnes de Zinedine Zidane et de Serge Gainsbourg, mais nous demandons à chacun de considérer plutôt l'intérêt de la procédure. Il est tout aussi évident que cette procédure entraîne des remises en cause de la part du patient, baignées d'émotions vives qu'il faut gérer. Nous noterons aussi que le comportement problématique étant avant tout l'alcoolisation ou le risque de réalcoolisation, cette restructuration cognitive ne peut permettre un changement direct de ce comportement, mais permet de rendre plus facile d'autres protocoles plus comportementaux axés sur la motivation à l'arrêt ou la prévention de la rechute. Le cas que nous présentons est représentatif de cette dernière idée : une restructuration semble-t-il efficace, mais pas

nécessairement d'arrêt de la prise d'alcool qui dépend d'autres actions et d'une certaine motivation de la part du patient.

### **Monsieur W., alcoolodépendant, 56 ans**

L'anamnèse rapide de Monsieur W. nous apprend que, septième enfant d'une fratrie de dix, il a vécu petit dans une ambiance bourgeoise où le seul point noir fut la faillite de l'entreprise paternelle. Il décrit cependant son père comme trop autoritaire et sa mère comme trop hystérique. Bon élève, et même premier de sa classe alors qu'il avait deux ans d'avance, il redouble toutefois pour quelques relâchements, et vit cela comme une profonde injustice. Après son baccalauréat, il entame des études de médecine qu'il juge assez laborieuses. Il "termine" médecin du travail et vit cette orientation comme un échec, ne l'ayant pas choisie. Son histoire avec l'alcool peut se résumer ainsi :

- de 25 à 34 ans, c'est un bon vivant et l'alcool rythme sa vie ;

- à 35 ans, il découvre l'alcool comme psychotrope ;

- à 52 ans, premier sevrage hospitalier, de huit jours, qui se transforme en échec ;

- à 53 ans, second sevrage hospitalier, de 28 jours cette fois ; les résultats sont plus encourageants, en partie parce qu'il accepte le suivi psychologique ;

- à 56 ans, lorsque nous le rencontrons, son alcoolisation alterne avec des périodes d'abstinence qui correspondent à des tentatives d'autocontrôle.

Monsieur W. se dit stressé, anxieux, incompétent et vulnérable. Dans son discours, comme une litanie, reviennent des phrases du type : "de toute façon, il faut vivre ce que je vis pour comprendre" ; "quand on ne boit pas on ne peut pas voir"... C'est en particulier ce qui va nous pousser à lui proposer une "thérapie orientée schémas" telle que nous l'avons décrite. Nous remarquerons cependant que le discours de Monsieur W. est assez ambivalent dans le sens où, souvent, il essaie aussi de nier son problème avec la boisson. Pour terminer de situer Monsieur W., nous ajouterons qu'il vit maritalement et que son couple se porte bien. Par contre, il a de mauvaises relations avec son fils qui, lui aussi, "ne peut pas comprendre", car il ne boit pas, ne souffre pas. Il connaît aussi des relations assez tumultueuses sur son lieu de travail, avec sa hiérarchie en particulier, à cause, encore une fois, de son trouble. Quelques petits problèmes cardiaques ont aussi été diagnostiqués récemment, ce qui renforce son anxiété et son sentiment de vulnérabilité.

L'analyse de son comportement à problème le place dans un stade de "contemplation" : il a des difficultés à accepter sa dépendance, mais veut en même temps arrêter l'alcool, pour ne pas devenir une "loque" comme il dit en avoir tant connues. Il a dans tous les cas des difficultés à se considérer comme malade. Son anxiété est fortement marquée, surtout au niveau de la performance et des relations sociales ; les stratégies qu'il utilise sont de l'ordre de la fuite et de l'évitement. Enfin, et cela aurait pu être le commencement, Monsieur W. nous consulte dans un cadre associatif réservé à l'alcoolodépendance, sans structure de sevrage, pour un soutien psychologique préparatoire.

Nous proposons donc à Monsieur W. de suivre la procédure décrite précédemment. Il voit les extraits d'interviews de Zinedine Zidane et de Serge Gainsbourg, remplit les questionnaires des schémas. Une semaine plus tard, nous lui expliquons précisément ce que nous entendons par schémas, et nous décrivons les schémas testés à l'aide des questionnaires qu'il a remplis. Nous lui exposons clairement que notre but est de lui faire relativiser ses sentiments d'appartenance à un groupe connaissant des règles, de faire émerger ces règles, de lui permettre de reconsidérer certaines de ses "excuses"... Implicitement, l'inciter à penser autrement en trouvant des alternatives, ce qui correspond à la restructuration.

### Analyse des réponses

Les items analysés, issus du questionnaire de Young et Klosko (9), sont donc ceux qui correspondent à une évaluation pour Serge Gainsbourg, identique à celle de Monsieur W., et opposée à celle de Zinedine Zidane.

*"Je dois toujours rester sur mes gardes pour éviter que l'on me blesse"*

Spontanément, lorsqu'il est demandé à Monsieur W. pourquoi cela ne concerne pas Zinedine Zidane, il nous répond que ce dernier est un sportif. Et tout aussi spontanément, il admet qu'un sportif doit faire très attention à ne pas être blessé. Monsieur W. tente bien d'expliquer qu'il n'avait pas compris la phrase dans ce sens et qu'il pensait effectivement à une vulnérabilité plus psychologique, mais aussitôt, il remet en cause le fait qu'un sportif ne peut être blessé psychologiquement, et accepte que Serge Gainsbourg n'affichait pas une faiblesse psychologique excessive. C'est pour nous l'occasion de l'analyse d'une distorsion cognitive : une inférence arbitraire tenant sur une généralisation excessive du sentiment de faiblesse, à la fois sur les domaines et sur les personnes. Généralisation que Monsieur W. comprendra comme très impor-

tante dans sa façon de considérer sa propre évolution dans son environnement.

*"La menace du danger me préoccupe plus que la moyenne des gens ; j'ai peur de tomber malade, ou qu'il m'arrive malheur"*  
Encore une fois, Monsieur W. y retrouve son sentiment de vulnérabilité, mais cet item mis à la lumière de l'analyse des "pensées" des personnages révèle une règle dysfonctionnelle de l'ordre de la "boule de cristal". Monsieur W. nous explique sa réponse en disant : "comme j'ai bu et que je ne me suis jamais occupé des autres, je vais bien finir par le payer". Pour lui, Serge Gainsbourg a payé ses excès, alors que Zinedine Zidane vivra obligatoirement vieux et en bonne santé. Il ne faut que quelques secondes à Monsieur W. pour revenir sur l'incohérence de son raisonnement, pour critiquer lui-même les prémisses, la règle et les conclusions, trouver des contre-exemples parmi des personnes célèbres ou seulement connues de lui.

*"Je suis terne et ennuyeux. Je ne sais pas parler en présence d'autrui"*

Cette attribution à l'alcool d'un pouvoir qui le rend asservi se fait en expliquant que Serge Gainsbourg avait besoin d'alcool pour devenir intéressant, et que Zinedine Zidane est toujours intéressant. Habitué, maintenant, à ses propres contradictions sans intervention de notre part, Monsieur W. corrige son raisonnement. Il faut noter, qu'à ce stade, le patient corrige de lui-même chacune de ses conclusions à l'aide de phrases du type : "d'accord, on ne peut pas savoir" ; "je généralise" ; "Gainsbourg avait du génie, il n'avait pas obligatoirement besoin d'alcool" ; "bien entendu, être sportif ne veut pas dire que...". Mais ces corrections se font avec des émotions assez négatives ; un agacement perpétuel qu'il attribue à sa propre "bêtise", mais aussi à un soi-disant piège que nous avons pu lui tendre en choisissant des situations dans lesquelles, obligatoirement, il ferait de telles erreurs.

*"Je ne suis pas aussi intelligent ou doué pour le travail que les autres"*

L'expression de Monsieur W. pour expliquer sa réponse est : "on ne va tout de même pas se comparer à Zizou". L'idée n'est pas, bien entendu, de dénigrer les sportifs, mais, sans problème, nous en arrivons vite, presque d'un regard, à lui faire dire que Serge Gainsbourg était sûrement très intelligent, très doué, voire génial, que lui-même a réussi ses études, même si durant celles-ci il s'était imaginé d'autres débouchés. Monsieur W. comprend, par cet exemple, comment la faible estime de soi qu'il possède le conduit à des distorsions cognitives du type minimisation des réussites et maximalisation de ce qu'il considère comme étant des échecs.

“J’ai tant à faire qu’il ne me reste presque plus de temps pour me détendre et me divertir”

Les pensées anticipatoires liées à l’alcoolisation apparaissent clairement : “l’alcool m’aide à me détendre ; Zizou, lui, n’a pas besoin de ça” ; ainsi que les pensées qui le soulagent : “je n’ai pas de satisfaction dans ma vie, si je ne peux pas boire un verre, je n’ai plus rien... Gainsbourg avait sûrement le même problème”. Et puis, encore une fois, de lui-même, Monsieur W. corrige ses pensées en expliquant, qu’évidemment, Serge Gainsbourg n’avait pas de problème pour boire un verre, avait, de plus, certainement beaucoup d’occasions pour se détendre, que Zinedine Zidane travaille sûrement beaucoup, qu’il a sans doute des soucis qu’il voudrait bien mettre à l’écart d’une façon ou d’une autre. Monsieur W., sur la question des occasions et des moyens en arrive très vite à s’opposer aux deux vedettes, et donc à accepter qu’une variable assez discriminante entre eux trois n’est pas l’alcool, mais la célébrité et l’argent.

### Les séances suivantes

Les dysfonctionnements cognitifs mis en évidence, les séances suivantes sont consacrées à des réflexions du même ordre, sur des événements de la vie de Monsieur W., sur des recherches de l’influence des règles retrouvées. Nous avons recherché des informations confirmant ses croyances d’appartenance à un groupe discriminé par l’alcoolodépendance. Ces informations sont classées en fonction de leur “véracité”, certaines sont acceptées comme réellement discriminantes, d’autres comme le reflet des dysfonctionnements cognitifs de Monsieur W.

De manière générale, l’effet sur les cognitions de Monsieur W. est visible au niveau des entretiens cliniques. Toutefois, son véritable problème est sa dépendance installée. Même si, émotionnellement, Monsieur W. accepte difficilement toutes ces remises en cause, il semble que le travail sur les motivations à l’arrêt de Monsieur W. est facilité par cette procédure. Une étude expérimentale en cours pourra confirmer cela.

## Conclusion

Cet exemple montre clairement qu’un exercice “orienté schémas”, tel que celui-ci, ne peut être un mode de thérapie à part entière, mais constitue une aide possible pour d’autres interventions plus globales. Notre logique reste celle de la restructuration cognitive, de la mise en évidence des règles cognitives dysfonctionnelles, de l’analyse de l’influence de ces règles, de la prise en compte d’alternatives qui, d’elles-mêmes, pourront s’imposer. Les différences avec la restructuration plus classique basée sur le

questionnement socratique, telle que l’a décrite Beck par exemple (12), restent la rapidité de la mise en évidence des règles et la confrontation directe du patient avec ses inférences. Le matériel que nous utilisons, parce qu’il laisse une trace analysable, sert ainsi de support à la confrontation du patient avec ses propres fonctionnements, quasiment sans contournement possible. Les difficultés engendrées par ces procédures sont liées à ces différences et s’expriment essentiellement dans des émotions pouvant être négatives lorsqu’elles naissent d’une remise en cause qui nécessiterait plus de temps pour être pleinement acceptées. Comme Rusinek le montre (13), des exercices de ce type, basés sur les principes même de la théorie des schémas, sont imaginables pour d’autres troubles, dans d’autres contextes. ■

S. Rusinek, F. Sgard

Restructuration cognitive. Un exemple de “thérapie orientée schémas” chez un alcoolodépendant

*Alcoologie et Addictologie* 2005 ; 27 (3) : 233-237

## Références bibliographiques

- 1 - Bartlett FC. Remembering. Cambridge : Cambridge University Press, 1932.
- 2 - Decouvelaere F, Graziani P, Gackière-Eraldi D, Rusinek S, Hautekète M. Hypothèse de l’existence et de l’évolution des schémas cognitifs mal adaptés chez l’alcoolodépendant. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 2002 ; 12 (2) ; 43-48.
- 3 - Young J. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota : Professional Resource Exchange, 1990, revised 1999.
- 4 - Schmidt NB, Joiner Jr TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research* 1995 ; 19 (3) ; 295-321.
- 5 - Mihaescu G, Sechaud M, Cottraux J, Velardi A, Hainze X, Finot SC, Baettig D. Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : Traduction et validation préliminaire. *L’Encéphale* 1997 ; 23 ; 200-208.
- 6 - Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research* 1999 ; 23 (4) ; 441-451.
- 7 - Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders* 2001 ; 15 (1) ; 72-83.
- 8 - Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders* 2001 ; 15 (6) ; 546-559.
- 9 - Young J, Klosko J. Je réinvente ma vie. Montréal : Éditions de l’Homme, 1993.
- 10 - Beck AT, Emery G. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New-York : BasicBooks/HarperCollins Publishers, 1985.
- 11 - Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New-York : The Guilford Press, 1990.
- 12 - Beck AT. Pensée et dépression : théorie et thérapie. *Psychothérapies* 2000 ; 20 (1) ; 13-22.
- 13 - Rusinek S. Thérapie orientée schémas après évaluation de modifications sémantiques dans un rappel d’histoire. *Annales Médico-Psychologiques* 2004 ; 162 ; 189-194.