

## Thérapie des Schémas Formulaire de Conceptualisation de Cas (Version 3.8)

***Vous êtes invités à lire la note sur les Modes de schémas en page 24***

*Veillez noter vos réponses dans le cadre en regard de chaque item.*

<b>Nom du thérapeute:</b>	Melissa	<b>Date:</b>	17 décembre 2022
<b>Nombre de séances:</b>	25	<b>Nombre de mois écoulés depuis la 1ère séance:</b>	8

*En remplissant ce formulaire, vous êtes invité, à chaque paragraphe, à prêter tout votre attention aux instructions qui s'y trouvent, ainsi qu'aux instructions fournies dans le **Guide de conceptualisation de cas**, de même qu'aux exemples de réponses fournies dans l'**Exemple clinique de conceptualisation de cas***

### 1. Informations générales concernant le patient

Prénom du patient:	Sandy	Date de naissance:	33
Statut relationnel actuel/Orientation sexuelle/ Enfants (éventuels):	Hétérosexuelle, célibataire, sans enfant.		
Emploi/niveau de responsabilité:	Sandy gère une petite entreprise qui produit des entrées salées destinées à des restaurants. Elle emploie 6 personnes.		
Niveau de scolarité:	Elle a validé l'enseignement secondaire, mais n'a pas de qualification universitaire.		
Pays de naissance/Religion/Groupe ethnique	Caucasienne, sans religion déclarée.		

### 2. Pourquoi le patient est-il en thérapie?

**Quels sont les facteurs principaux qui ont motivé la venue du patient en thérapie? Dans la vie du patient, quelles circonstances, quels événements significatifs, quels symptômes ou troubles, quels comportements ou émotions problématiques, ont-ils contribué à ses difficultés de vie (par ex. problèmes de santé, problèmes relationnels, accès de colère, anorexie, abus de substance, difficultés au travail, période dans sa vie)?**

<b>a. Initialement</b>	Sandy a initialement reçu un diagnostic d'anorexie mentale à l'âge de 17 ans. Après une hospitalisation pour ce motif à 23 ans, elle a suivi une thérapie durant 4 ans et a ressenti certains progrès vers la guérison de son trouble alimentaire. Elle a maintenant un IMC normal, mais bas à 18,5. Elle est constamment préoccupée par l'alimentation et ses restrictions et elle se fait vomir tous les jours. Elle est venue en thérapie pour se libérer de cette préoccupation constante. Elle disait que, si c'était possible, elle voudrait « retrouver sa vie. »
------------------------	--

<b>b.</b> <b>Actuellement</b>	Sandy est actuellement très anxieuse, avec des attaques de panique quotidiennes qui l'envahissent. Elle est préoccupée par l'idée que son trouble alimentaire est incontrôlable et qu'il est en train de lui faire du mal. Elle se décrit comme seule, avec des difficultés à établir des relations sociales. Elle est motivée pour surmonter son trouble alimentaire, traiter son anxiété et se lancer dans des relations sociales afin de se trouver un partenaire pour fonder une famille. Elle n'a cependant mis en route aucune initiative pour parvenir à ces objectifs.
----------------------------------	--

### 3. Impressions générales concernant le patient:

**Décrivez brièvement, de façon simple, comment le/la patient(e) se présente généralement au cours des séances (par ex. réservé, agressif, désireux de plaire, en demande, clair, détaché). Note: cet item ne porte pas sur la relation thérapeutique ou sur les stratégies de changement.**

<b>a.</b> <b>Initialement</b>	Sandy cherchait à créer une bonne impression, en étant docile et cherchant à plaire. Elle était au départ très motivée, venant régulièrement à ses séances, et en réalisant ses tâches à domicile. Elle avait cependant du mal à supporter ses émotions, et ne comprenait pas l'idée que les émotions puissent être ressenties dans le corps. Pour elle, « c'était tout dans la tête. »
<b>b.</b> <b>Actuellement</b>	Sandy est devenue davantage motivée et investie, même si elle a pu récemment annuler des séances au dernier moment. Lorsque cela se produit, elle se montre détachée et indifférente. Elle évite également de parler de son trouble alimentaire, et elle s'en distrait en parlant de ses activités quotidiennes. Elle a pu, néanmoins, s'investir dans des exercices expérimentaux, faire des progrès dans l'identification de ses émotions, même si elle trouve cela difficile et inconfortable.

### 4. Considérations diagnostiques actuelles

**Diagnostics principaux :** pour chaque trouble, indiquer le nom et le code, en utilisant les catégories diagnostiques de la CIM-11 ou bien du DSM-5. Indiquez ici quel système vous utilisez :

ICD-11

1.	6B81 Anorexie mentale	2.	6A71.6 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle
3.	6B00 Trouble anxiété généralisée	4.	6D10.1 Trouble de personnalité modéré

### 5. Niveau de fonctionnement actuel : principaux domaines de la vie et style de vie

Évaluez dans les tableaux ci-dessous le fonctionnement actuel du patient dans chacun des 5 domaines de vie, and que son style de vie. Voir le **Guide de conceptualisation de cas** pour une description détaillée de chaque domaine de vie et de l'échelle de notation en 6 points (*de 1= Non-fonctionnel ou très bas niveau, 6= fonctionnement très bon ou excellent*). Dans la colonne 3, justifiez brièvement votre notation *en termes comportementaux*. Si le patient avait antérieurement un niveau de fonctionnement significativement différent du niveau actuel, veuillez le détailler dans la colonne de droite.

PRINCIPAUX DOMAINES DE VIE	EVALUATION DU NIVEAU ACTUEL DE FONCTIONNEMENT	EXPLICATION DETAILLEE
<p><b>5.1.1</b> <b>Performance professionnelle ou scolaire</b></p>	<p><b>4</b></p>	<p>Sandy gère avec succès une entreprise en expansion. Elle utilise cependant le travail comme un moyen pour éviter des émotions pénibles. Son travail envahit ses journées en durée, et elle finit souvent de travailler tard dans la nuit. Elle doute souvent de ses prises de décisions, telles que les commandes du stock, et elle demande souvent à ses employés de lui donner des conseils pour la rassurer.</p>
<p><b>5.1.2</b> <b>Relations intimes et sentimentales de longue durée</b></p>	<p><b>1</b></p>	<p>Sandy vit seule. Lorsqu'elle était ado, elle a eu de nombreuses relations sexuelles sans suite, considérant que c'était la seule façon d'obtenir l'affection de garçons, et parce qu'elle ne croyait pas que quiconque puisse l'accepter et l'aimer. Elle a eu une relation hétérosexuelle qui a duré environ 8 mois. Cette relation s'est terminée à l'âge de 21 ans, après que son compagnon l'ait trompée lorsqu'elle était hospitalisée pour son trouble alimentaire. Elle n'a eu aucune relation sentimentale depuis 10 ans.</p>
<p><b>5.1.3</b> <b>Relations familiales</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p>La mère de Sandy vit près de chez elle et débarque régulièrement chez sa fille les week-ends sans y avoir été invitée. Il lui arrive aussi de venir sur le lieu de travail de Sandy au moment de midi. Cela irrite Sandy, qui n'est cependant pas capable de s'affirmer. Elle anticipe des critiques maternelles sur son manque de respect, et elle se sent désolée pour sa mère qui vit seule, qui n'a pas d'amis, et qui se présente à elle comme une victime en demande d'aide. Son frère est marié, il vit dans une autre province et ils n'ont que de rares contacts. Elle ne l'aime pas, à cause de son attitude dédaigneuse vis-à-vis d'elle au cours de son adolescence. Sa sœur cadette a déménagé pour un autre pays où elle travaille, et leurs contacts se résument à des échanges conventionnels à Noël et lors des anniversaires.</p>
<p><b>5.1.4</b> <b>Relations amicales et autres relations sociales</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p>Sandy a vraiment peu de relations qui puissent compter, et elle évite les sorties entre amis. Elle a peur d'être une gêne pour les autres et elle pense que les autres se sentent obligés de l'inviter à sortir. Elle va parfois à des ateliers en lien avec son travail de restauration mais elle n'a établi aucune relation sociale de longue durée dans ce cadre.</p>
<p><b>5.1.5</b> <b>Fonctionnement dans les moments où le patient est seul</b></p>	<p><b>2</b></p>	<p>Dans ces moments, elle passe beaucoup de temps à s'activer ou à regarder des séries TV, pour éviter de sentir seule et isolée. Elle ne prend aucun plaisir dans ces moments de solitude et, lorsqu'elle a fini son travail, elle se sent triste et seule, sans personne qu'elle pourrait appeler. Lorsqu'elle est seule, elle a recours à des crises boulimiques suivies par des vomissements provoqués.</p>

<b>5.2 Style de vie et hygiène personnelle : exercice, alimentation, sommeil, etc.</b>		
<b>Style de vie</b>	<b>Évaluation</b>	<b>Explication détaillée</b>
<b>Hygiène personnelle</b>	<b>2</b>	Sandy dort plutôt bien, même s'il lui arrive d'avoir du mal à s'endormir parce qu'elle se fait du souci pour des problèmes professionnels qu'elle a rencontrés en travaillant tard le soir. Elle ne pratique aucun exercice physique régulier et sa façon de s'alimenter est anarchique, du fait de son trouble alimentaire.

## 6. Principaux problèmes de vie

Identifiez au moins trois principaux problèmes de vie ou symptômes ou mécanismes d'adaptation qui nécessitent, selon vous, d'être identifiés et traités en thérapie pour que votre patient(e) se débarrasse de la souffrance qu'il/elle présentait. Ces problèmes peuvent être (ou non) ceux pour lesquels il(elle) demande de l'aide (cf. description du paragraphe 2).

### 6.1 Problème de vie :

Anorexie mentale : Préoccupée par les règles alimentaires et l'apparence du corps, avec compulsions boulimiques et besoin de vomir par compensation.

Sandy est actuellement préoccupée parce qu'elle ne s'aime pas, concernant son aspect physique et sa peur constante de prendre du poids. Elle est constamment en restriction alimentaire; ce qui ensuite provoque des compulsions irrésistibles sous forme de crises boulimiques et de grignotages, notamment le soir à la maison. Il lui arrive aussi de consommer des aliments riches en calories (gâteaux, chocolat) au travail. Et après cela, elle se fait vomir. Cette préoccupation occupe la majeure partie de son temps, et les crises alimentaires ainsi que les vomissements provoquent des pensées autopunitives et autocritiques envahissantes.

### 6.2 Problème de vie :

Isolement social et solitude

Sandy se sent seule; elle aimerait avoir des amis, se trouver un mari et fonder sa famille. Cependant, elle évite de sortir pour retrouver des gens parce qu'elle pense que personne ne peut l'aimer et que ses amis se sentent obligés de l'inviter. Elle a également peur de la proximité affective, car cela lui suscite la peur de l'abandon; lorsqu'il lui est arrivé de se laisser aller à une telle proximité, elle a senti qu'on la laissait tomber, avec le sentiment que « tout le monde la quitterait. » Sa principale relation est celle qu'elle entretient avec sa mère, qu'elle voit souvent, surtout les week-ends. Elle ne partage rien des expériences de sa vie avec les autres, par peur d'être jugée ennuyeuse ou pénible. Et elle se trouve des raisons pour justifier sa non-socialisation. Cependant, cet évitement renforce chez elle son sentiment de solitude et d'isolement, chose qui, à son tour, entraîne chez elle de la dépression.

### 6.3 Problème de vie :

Anxiété chronique liée aux ruminations et aux soucis

Sandy est constamment préoccupée par son apparence et son poids, et aussi par les décisions qu'elle doit prendre dans son travail. Elle a ruminations sur l'impossibilité d'être aimée, sur les gens qu'elle n'intéresse pas et des images d'une vieillesse de solitude. Ces soucis alternent avec des rêves dans lesquels elle envisage un mari et une famille. Ce fonctionnement maintient chez elle l'anxiété et la dépression et contribue également à entretenir son évitement social. Elle se fait du souci pour toutes les décisions qu'elle doit prendre dans son entreprise, en ruminant sur les petites erreurs qu'elle peut faire. Si bien qu'elle passe temps, au travail, à se faire rassurer dans ses décisions.

## 6.4 Autres problèmes de vie :

Incapacité à s'affirmer dans les relations

Sandy a tendance à être très accommodante et à faire plaisir aux autres pour qu'ils soient contents. C'est régulièrement le cas avec sa mère qui habite dans le voisinage et qui impose sa présence aussi bien à la maison qu'au travail. Sandy finit souvent de travailler très tard, ceci pour éviter de passer trop de temps avec sa mère (ce travail tardif lui permet également d'être occupée afin d'éviter ses sentiments de solitude). Au travail, sa mère se présente souvent au moment du déjeuner, et elle s'installe dans le bureau pour discuter, ce qui incommoder beaucoup Sandy. Sandy est totalement incapable d'en parler à sa mère, de lui faire connaître ses besoins et de mettre des limites à ce comportement.

## 7. Origines des problèmes actuels dans l'enfance et l'adolescence:

### 7.1 Description générale de l'Histoire Précoce:

Décrivez sommairement les aspects importants de l'enfance et de l'adolescence du patient qui ont contribué à ses problèmes de vie actuels, ses schémas, et ses modes tels que vous allez les décrire plus loin. Notamment toute *expérience ou circonstance de vie problématique/traumatique/toxique*. Voir le **Guide de conceptualisation de cas** pour des explications détaillées.

Sandy est la seconde de trois enfants. Ses parents se sont mariés parce que sa mère était enceinte du frère de Sandy. Sa mère s'est sentie très honteuse à ce sujet. Son père était un homme extraverti, mais non affectueux, qui voyageait beaucoup pour son travail. Avant d'être enceinte, la mère de Sandy était mannequin et se souciait beaucoup de son apparence et de son poids. Elle ne se trouvait pas suffisamment bien pour son mari et, une fois mariée, elle a été très assujettie à lui, sans vie indépendante. Elle était très autocentrée, souvent dépressive et enfermée dans un rôle de victime. Elle n'a pas su apporter suffisamment de soutien ou d'affection à ses enfants et elle a été incapable d'être en harmonie avec leurs besoins. Elle était souvent stressée et exaspérée par les demandes que lui exprimaient les enfants. Lorsque Sandy a eu 2 ans, ce fonctionnement s'est exacerbé après la naissance de la petite sœur. Sandy a appris que ses besoins n'étaient pas importants : si elle demandait un câlin, sa mère l'accusait d'être « encore cet enfant exigeant » et se plaignait qu'il y avait « quelque chose qui n'allait pas chez elle. » sa mère était par critique et humiliante, faisant des commentaires désobligeants sur l'apparence de Sandy, lui disant qu'elle devait porter des robes, pour ressembler davantage à une fille, suggérant que quelque chose n'allait pas chez elle. Sandy s'est sentie négligée par son père qui la frappait et affichait une nette préférence pour son frère. Elle s'est sentie abandonnée par lui et, en se rappelant l'un de ces souvenirs, il lui est venu le sentiment qu'on « la laissait tout le temps », et aussi de la colère. Malgré cela, elle conserve de lui l'image idéalisée d'une bonne personne.

Sandy était une enfant plutôt potelée, et sa mère et son frère se moquaient d'elle à ce sujet. A l'école également, ses camarades la raillaient sans pitié à propos de son poids, comportement qui s'est intensifié à partir du collège. Sandy avait une copine d'école dont elle était proche et qui, comme elle, était exclue par les autres filles. Leur groupe de pairs se moquait d'elles deux pour leur côté sérieux et studieux, et parce qu'elles continuaient à jouer à la poupée ainsi qu'à d'autres jeux jugés infantiles, alors que ces autres filles étaient plus intéressées par les garçons et les soirées. Ces critiques étaient en partie responsables de l'isolement social de Sandy et du sentiment qu'elle avait de ne pouvoir accorder à personne la capacité d'être gentil et bienveillant avec elle. Elle s'est adaptée en cherchant à tout faire parfaitement.

Lorsqu'elle a eu 9 ans, son père a eu un malaise et est mort d'une crise cardiaque alors qu'elle était avec lui dans la cuisine. Elle s'est sentie abandonnée et s'est reprochée de ne rien avoir fait pour éviter sa mort. Sa mère a alors pris en charge la direction de l'entreprise de son mari, ce qui l'a rendue encore davantage stressée et irritable. Anxieuse à l'idée que sa maman pourrait mourir, et la considérant dorénavant comme une victime impuissante, elle s'est mise à l'aider le plus possible, à assumer le rôle du sauveur, en faisant tout ce qu'elle pouvait pour la rendre heureuse. Sa mère est devenue alcool-dépendante et a encore davantage négligé ses enfants, ce qui a contribué chez Sandy au sentiment d'être un fardeau et une gêne.

Plus tard, au collège, Sandy est devenue rebelle et, pour pouvoir être mieux acceptée par les autres rebelles de son environnement, s'est laissée aller à fumer et à boire, par influence. A partir de l'âge de 15 ans, pour attirer l'attention des garçons, elle a adopté une conduite sexuelle assez libre. Cependant, ses autres amies étaient plus populaires qu'elles aux yeux des garçons. Elle a attribué cela à son surpoids (IMC 256) et s'est mise à se

restreindre sur le plan alimentaire pour perdre du poids. Vers l'âge de 17 ans, elle répondait aux critères de l'anorexie mentale, avec un IMC de 17. Avec un tel poids, elle se sentait davantage sûre d'elle et plus acceptée par ses pairs, chose qui a renforcé son comportement restrictif. A l'âge de 21 ans, son IMC a chuté à 14.5 et elle a dû être hospitalisée après une crise déclenchée par son petit ami qui l'a menacée de la quitter. Ceci a abouti à quelques changements positifs car, pendant quelques années, elle s'est fait aider par un thérapeute et a été capable d'atteindre et de maintenir un poids normal. Cependant, son copain l'a trompée et a mis fin à la relation, et son sentiment d'imperfection a persisté. « Je ne peux être suffisamment bien pour personne », disait-elle. « Si je cherche ce que j'aime chez moi, il n'y a rien. Je ne vois que du négatif. Je ne voudrais pas sortir avec moi. »

## 7.2 Évaluation des besoins fondamentaux insatisfaits:

Voici une liste des besoins fondamentaux des enfants dans le cadre de leurs relations avec leur(s) parent(s) ou autres donneurs de soins, en particulier durant les premières années de la vie. Pour chaque besoin, évaluez à quel niveau ce besoin était satisfait, en vous basant sur la description historique du paragraphe 7.1, en utilisant l'échelle suivante :

- X = informations insuffisantes pour l'évaluation**
- 0 = à peine : carence extrême dans la satisfaction de ce besoin**
- 1 = satisfait à un niveau très limité**
- 3 = satisfait à un niveau modéré**
- 5 = satisfait dans une très large mesure**

**Indiquez votre évaluation dans la case prévue, puis :**

- a. Rappelez brièvement les origines de l'insatisfaction du besoin, en fonction de l'information tirée de l'historique de vie et d'autres sources – voir le **Guide de conceptualisation de cas** à ce sujet. Si c'est approprié, faites référence aux différentes époques de la vie : par exemple, période néonatale et petite enfance, grande enfance, adolescence.
- b. Listez le(s) Schéma(s) Inadapté(s) Précoce(s) auquel/auxquels le besoin insatisfait a contribué. **Ne donnez pas plus de renseignements ici**, car on vous demandera au paragraphe 8 davantage d'informations sur les schémas spécifiques.

### 7.2.1 Besoin de lien relationnel (soutien éducatif attentionné, acceptation, appartenance)

**Évaluation 2**

<b>(a) Origine(s)</b>	A aucun des moments de sa vie, Sandy ne s'est sentie aimée de façon sécurisée. Sa mère était autocentrée, détachée émotionnellement, inattentive et elle rechignait souvent activement à se soucier des besoins de Sandy en matière de proximité affective, de réassurance et de réconfort. Elle était souvent assez déprimée et presque toujours préoccupée par elle-même. Le père de Sandy était absent pour son travail au point qu'elle se sentait régulièrement abandonnée par lui et, lorsqu'il était à la maison, il n'était pas particulièrement affectueux et prêtait davantage d'attention à son frère.
<b>(b) Schéma(s)</b>	Carence Affective, Imperfection/Honte, Abandon/Instabilité, Isolement Social, Assujettissement, Abnégation

### 7.2.2 Besoin de soutien et de conseils pour exprimer clairement ses besoins et émotions et pour apprendre à se socialiser de façon saine

**Évaluation 2**

<b>(a) Origine(s)</b>	Sa mère était irritable et négligente lorsque Sandy lui exprimait un besoin ou un état émotionnel. Si, par exemple, elle lui demandait un câlin, la mère manifestait de l'exaspération en lui disant qu'il y avait quelque chose d'anormal chez elle. En conséquence, Sandy a appris à ne pas tenir compte de ses émotions et de ses besoins, et elle est devenue socialement anxieuse et évitante.
<b>(b) Schéma(s)</b>	Carence Affective, Imperfection/Honte, Surcontrôle Émotionnel, Assujettissement.

### 7.2.3 Besoin de sécurité, de fiabilité, de justice, de cohérence et de prévisibilité

#### Évaluation 1

(a) Origine(s)	La mère de Sandy était souvent instable émotionnellement et imprévisible. Elle a développé une dépendance à l'alcool après le décès brutal de son mari aux 9 ans de Sandy, ce qui a majoré son imprévisibilité, et elle s'est mise à se victimiser à a se présenter comme une personne ayant besoin d'être secourue, ce qui l'a rendue encore moins capable d'être présente de façon stable pour Sandy. Le frère de Sandy s'est, de façon récurrente, montré abusif avec elle, et ni son père ni sa mère ne se sont engagés pour la protéger de ces abus. A l'école, Sandy était victime de brutalités et ne s'est sentie protégée ni par sa famille, ni par l'administration de l'école.
(b) Schéma(s)	Assujettissement, Dépendance/Incompétence, Imperfection/Honte, Méfiance/Abus

### 7.2.4 Besoins de conseils compassionnés, fermes et appropriés dans la fixation des limites pour encourager l'apprentissage de limites et d'un autocontrôle réaliste

#### Évaluation 2

(a) Origine(s)	Sandy n'a reçu aucun soutien ni conseil adaptés. Ses parents ne lui accordaient aucun espace pour exprimer ses besoins et ses rêves, la laissant seule pour les gérer comme elle le pouvait. A l'adolescence, elle s'est rebellée et a eu une sexualité très débridée, en s'exposant par moments à des risques. Ses deux parents n'étaient pas suffisamment en lien avec elle pour saisir ce problème et n'ont pas été suffisamment capables de l'accompagner dans le besoin de sécurité et de contrôle de soi.
(b) Schéma(s)	Carence Affective, Assujettissement, Surcontrôle émotionnel.

### 7.2.5 Besoin de soutien et d'encouragement dans le jeu, l'ouverture émotionnelle et la spontanéité

#### Évaluation 1

(a) Origine(s)	Aucun des deux parents ne l'a incitée à la spontanéité ni au plaisir de s'amuser. Mais plutôt, ils la critiquaient et la dévalorisaient, régulièrement. Si bien qu'elle a inhibé toute spontanéité et a appris à ne pas s'intéresser à son vécu émotionnel spontané ni à ses besoins.
(b) Schéma (s)	Imperfection/Honte, Assujettissement, Surcontrôle Émotionnel

### 7.2.6 Besoin de soutien de l'aptitude et le développement des compétences (Soutien de l'autonomie)

#### Évaluation 1

(a) Origine(s)	Aucun de ses deux parents n'a donné à Sandy le sentiment qu'il croyait en elle et en sa capacité à se développer en tant que personne capable de réussir. Elle entendait sa mère raconter à ses amies qu'elle n'était pas bonne en classe. Ses parents ne lui ont offert ni soutien ni conseils pour avoir davantage confiance en elle et être plus affirmée. Les critiques et les commentaires répétés de sa mère sur son insuffisance, l'absence de conseils pour l'aider à parvenir à ses objectifs et l'absence d'efforts pour identifier ce en quoi elle était compétente ou ce en quoi elle réussissait, ont eu pour effet de saper chez Sandy tout sens de compétence et de confiance en elle. Après le décès de son père, sa mère s'est encore davantage apitoyée sur elle-même et est devenue encore moins disponible pour s'intéresser à cet aspect de la vie de sa fille.
(b) Schéma(s)	Carence Affective, Dépendance/Incompétence, Imperfection/Honte, Isolement Social, Échec, Méfiance/Abus, Assujettissement, Idéaux Exigeants, Négativité/Pessimisme

### 7.2.7 Besoin de respecter le développement de l'autonomie de l'enfant (par ex. lui attribuer le droit à son intimité et à la liberté d'apprendre à faire les choses comme il le souhaite) (Attribution d'autonomie)

**Évaluation 2**

<p>(a) Origine(s)</p>	<p>Sandy n'a pratiquement jamais ressenti de liberté ni de possibilité de contrôle de sa vie. On s'attendait à ce qu'elle ait une présentation bien déterminée, un habillement « qui fasse davantage fille », qu'elle soit mince et, particulièrement, qu'elle tienne compte des besoins de sa mère plutôt que des siens propres. Sa mère faisait souvent des commentaires péjoratifs sur son aspect. Elle se faisait moquer pour son aspect potelé, aussi bien à la maison qu'à l'école. On ne la respectait pas, à cause de son sérieux en classe, de son côté studieux, et de sa tendance à jouer à la poupée et à jouer à des jeux qui n'intéressaient qu'elle.</p>
<p>(b) Schéma(s)</p>	<p>Carence Affective, Imperfection/Honte, Dépendance/Incompétence, Assujettissement, Abnégation, Recherche d'Approbation et de Reconnaissance.</p>

### 7.2.8 besoin de soutien et de conseils pour développer le sentiment d'une valeur intrinsèque qui ne dépende pas d'un sentiment de supériorité par rapport aux autres

**Évaluation 1**

<p>(a) Origine(s)</p>	<p>Ses parents n'ont pas su être en phase avec elle, ni été capables de la valoriser ni de lui dire explicitement qu'elle avait le droit de se sentir une personne valable. Par différentes manières, ses parents et son frère lui donnaient implicitement ou explicitement le sentiment qu'ils lui étaient supérieurs. Sa mère l'humiliait régulièrement à propos de son poids et de son apparence et Sandy a conclu, à la fois des attitudes de ses parents, de son frère et de son groupe de pairs que, si elle parvenait à un certain poids et à une certaine apparence, alors elle vaudrait le coup d'être aimée. Ses tentatives pour rencontrer l'amour, aussi bien par son travail scolaire que dans sa vie personnelle, ont fini par être exclusivement fondées sur la performance. Elle a fini par être convaincue que si elle se contentait d'être fidèle à elle-même, cela ne la mènerait qu'à la solitude et l'abandon.</p>
<p>(b) Schéma(s)</p>	<p>Imperfection/Honte, Dépendance/Incompétence, Surcontrôle Émotionnel, Idéaux Exigeants/Critique Excessive</p>

### 7.2.9 Besoin d'avoir un parent /donneur de soins qui soit vécu comme digne de confiance et compétent (= un modèle de fonctionnement sain)

**Évaluation 2**

<p>(a) Origine(s)</p>	<p>Quelque soit le sentiment que Sandy a pu avoir au sujet du rôle de son père en tant que protecteur familial dans le monde, ce sentiment a disparu quand son père est décédé brutalement. Avant ce décès, l'imprévisibilité de sa mère et ses épisodes dépressifs avaient communiqué à Sandy le sentiment que cette dernière n'était pas sécurisante, qu'elle n'était pas digne de confiance et qu'elle ne savait pas se débrouiller dans la vie. Elle apparaît faible et apitoyée, en cherchant à obtenir de la part de Sandy la force qu'elle n'a pas. Après le décès du père, le sentiment s'est intensifié chez Sandy de n'avoir auprès d'elle aucun parent qui soit compétent et fort.</p>
<p>(b) Schéma(s)</p>	<p>Assujettissement, Abnégation, Négativité/Pessimisme, Exigences Élevées/Critique Excessive</p>

## 7.3 Facteurs biologiques ou tempéramentaux éventuels

Listez les traits de tempéraments et autres facteurs biologiques qui pourraient intervenir dans les problèmes, les symptômes du patient, et dans la relation thérapeutique. Lire avec attention les instructions dans le **Guide de conceptualisation de cas** : y sont abordées les difficultés qu'il y a à séparer les facteurs biologiques innés, d'une part, et les conséquences des expériences d'adversité et des besoins insatisfaits, d'autre part, ainsi que la reconnaissance de la neurodiversité. Voyez le **Guide de conceptualisation de cas** pour une liste d'adjectifs spécifiques fréquemment utilisés pour décrire le tempérament. A partir de ce guide, il suffit de lister les adjectifs qui vous paraissent adaptés, mais vous pouvez aussi donner des explications plus complètes si besoin.

Soumise, pessimiste, encline aux sentiments négatifs. Facilement bouleversée. Il est difficile de savoir si ces éléments sont tempéramentaux ou bien acquis, étant donné la nature dysfonctionnelle de la famille.

## 7.4 Facteurs Culturels, Ethniques et Religieux éventuels:

Si cela s'avère important, expliquez comment des normes et des attitudes spécifiques, appartenant à son contexte ethnique, religieux ou communautaire, ont joué un rôle dans le développement du/des problèmes actuels du/de la patient(e). (par ex., a appartenu à une communauté qui insiste de façon excessive sur la compétitivité et le statut plutôt que sur la qualité des relations).

Sandy a été élevée dans un environnement où une fille dispose d'un meilleur statut si elle a un corps mince et une bonne présentation. C'est ce que sa mère lui a appris, elle qui est très préoccupée par son poids et son apparence. Elle a vécu la même évaluation de la part de ses pairs, qui la critiquaient quand elle était petite pour son aspect potelé, et qui l'ont mieux acceptée après qu'elle ait perdu du poids.

## 8. Principaux Schémas Précoces Inadaptés (actuellement)

**8.1** Listez tous les schémas précoces inadaptés que vous avez identifiés au paragraphe 7.2 ci-dessus.

Schémas identifiés au paragraphe 7.2	Carence Affective, Imperfection/Honte, Échec, Dépendance/Incompétence, Isolement Social, Abandon/Instabilité, Méfiance/Abus, Assujettissement, Abnégation, Recherche d'Approbation et de Reconnaissance, Surcontrôle Émotionnel, Négativité/Pessimisme, Idéaux Exigeants/Critique Excessive.
--------------------------------------	--

**8.2** Notez les 4-6 schémas que vous considérez comme *les plus centraux dans les problèmes de vie actuels du patient*. Focalisez-vous sur les **schémas primaires (inconditionnels)** – Vous êtes invité à lire avec attention les instructions dans le **Guide de conceptualisation de cas**. Indiquez d'abord le nom du schéma. Décrivez ensuite brièvement comment chaque schéma, lorsqu'il s'active, se manifeste actuellement dans le vécu de votre patient, pour ce qui est des émotions, des croyances et du vécu somatique. **N'entrez pas dans le détail des stratégies d'adaptation** qui feront l'objet du paragraphe suivant.

### 8.2.1 Schéma Précoce Inadapté :

Carence Affective

<b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique) :</b>	Elle ressent un vide douloureux et un profond besoin de lien aux autres, mais sans aucune attente de pouvoir en établir jamais. Elle a le sentiment « je ne trouverai jamais ce dont j'ai besoin. »
--	---

### 8.2.2 Schéma Précoce Inadapté :

Abandon/Instabilité

<b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique)</b>	Elle a peur de se laisser aller à une proximité affective, parce que cela active très vite chez elle la crainte d'être laissée. Par moments, elle se sent seule et triste, comme si elle avait ressenti qu'on la soutenait et que, brusquement, on la laissait tomber. Elle a pu dire : « je suis seule et ils ne vont pas revenir vers moi. »
--	--

### 8.2.3 Schéma Précoce Inadapté :

Imperfection/Honte

<p><b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique) :</b></p>	<p>Elle se sent inadaptée, comme si quelque chose n'allait pas chez elle. Elle se croit sans aucune valeur, non aimable; elle pense que personne ne peut s'intéresser à bien la connaître ou bien la considérer comme une personne digne d'intérêt. Elle peut parfois avoir d'elle l'image d'une personne qui se rétrécit et devient minuscule.</p>
---	---

### 8.2.4 Schéma Précoce Inadapté :

Dépendance/Incompétence

<p><b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique) :</b></p>	<p>Elle se pense incompétente et ne fait pas confiance à ses jugements personnels. Elle croit qu'elle a besoin des autres pour la conseiller et la rassurer. Elle a des pensées telles que : « je ne sais pas faire ça », « et si je m'y prenais mal? » « j'ai besoin de quelqu'un pour me conseiller à ce sujet. »</p>
---	---

### 8.2.5 Schéma Précoce Inadapté :

Isolement Social

<p><b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique) :</b></p>	<p>Elle se sent différente des autres personnes, elle pense qu'elle n'appartient à aucun groupe et qu'elle ne peut pas s'adapter aux autres. A cause de ça, elle croit que toute tentative de sa part vers une relation interpersonnelle est vouée à l'échec.</p>
---	---

### 8.2.6 Schéma Précoce Inadapté :

Méfiance/Abus

<p><b>Description de l'activation (émotions, croyances, vécu somatique) :</b></p>	<p>Elle se méfie beaucoup des autres dans toutes les situations. Elle ne pense pas qu'une personne puisse être digne de confiance pour s'occuper d'elle ou la respecter, et elle anticipe qu'on puisse à tout moment l'attaquer ou lui faire du mal.</p>
---	--

## 9. Principaux Modes de Schémas (actuels)

### 9.1 Modes sains

Remplissez les tableaux ci-dessous pour présenter les principales caractéristiques du fonctionnement sain et adapté de votre patient.

#### 9.1.1 Le mode Enfant Heureux

Exprimez dans quelle mesure votre patient est capable de se sentir serein, satisfait et de content. Décrivez également ses tendances authentiques à la spontanéité, à l'espièglerie, son insouciance et sa créativité. On se réfèrera ici à des expériences authentiques, à l'exclusion de ces manifestations lorsqu'elles sont superficielles, comme dans certains modes.

<b>Capacité à être naturel et spontané</b>	Il n'existe aucune évidence de ceci dans toute sa vie.
<b>Capacité à jouer et s'amuser, de manière non calculée</b>	Il n'existe aucune évidence de ceci dans toute sa vie.
<b>Capacité à être créatif</b>	Dans son travail, elle se montre créative pour créer des menus et des plats savoureux qu'elle met en vente; cette originalité contribue au succès de son entreprise.

### 9.1.2 Le mode Adulte Sain

Utilisez les en-têtes ci-dessous pour décrire les ressources de l'Adulte Sain de votre patient. Vous trouverez dans le **Guide de conceptualisation de cas** une description plus complète de la conceptualisation de l'Adulte Sain. Sous chaque en-tête, donnez des exemples liés à chaque domaine de vie. Vous pouvez aussi donner des exemples de la capacité de votre patient à s'investir dans sa thérapie de façon collaborative et mature. Si cette capacité est assez limitée, voire très limitée, insistez sur ce problème par des exemples.

<b>1. Métacognition : capacité à prendre du recul et à réfléchir sur soi et sur les autres</b>	Capacité très limitée. Elle trouve très difficile de prendre du recul pour réfléchir. Durant la thérapie, elle a été capable de reconnaître son Mode Hypercontrôleur Alimentaire, sa façon de s'auto-tranquilliser par l'excès de travail, et son mode d'adaptation soucieux ruminateur. Néanmoins, cela ne lui a pas permis de prendre le recul suffisant pour s'en séparer suffisamment et pour limiter ces activités dysfonctionnelles d'une quelconque manière.
<b>2. Connexion émotionnelle : capacité à être ouvert aux émotions ressenties, à s'accepter soi-même et à être compassionné lors de la confrontation à la souffrance et à l'incertitude</b>	Cette capacité est très pauvre. Son Hypercontrôleur Alimentaire et son Mode Évitant la déconnectent de ses émotions et elle s'autocritique très souvent.
<b>3. Ancrage dans la réalité : capacité à décider et à agir en se basant sur la réalité</b>	Lorsqu'elle travaille, son succès est le résultat de décisions prises en fonction de la réalité, même si elle persiste dans la recherche de réassurance de la part de ses employés. Mais dans sa vie sociale, elle est incapable d'être réaliste quant aux causes et aux conséquences de sa solitude, afin de mettre en œuvre des changements significatifs.
<b>4. Sens cohérent de l'identité : capacité à maintenir un sentiment cohérent de qui on est, en matière de croyances personnelles, de valeurs, d'attitudes et de motivations</b>	Son sentiment d'identité est lié à ses Modes Hypercontrôleur Alimentaire et Hypercontrôleur Perfectionniste. Ces états alternent avec l'anxiété, la dépression et le doute quand son Enfant Vulnérable est activé, et elle se laisse piéger par ses ruminations et ses soucis.

<p><b>5. Affirmation de soi et réciprocité : capacité à se défendre, tout en respectant la réciprocité et la congruence dans la communication</b></p>	<p>Elle parvient à s'affirmer quelque peu au travail, mais sa capacité à la réciprocité est limitée. Lorsque les choses ne vont pas comme prévu, elle s'assujettit car elle n'est pas en lien avec ses besoins personnels, ou alors elle accuse les autres pour des problèmes qui sont personnels.</p>
<p><b>6. Responsabilité dans l'action : capacité à prendre ses responsabilités dans les décisions et actions personnelles, ainsi que dans leurs conséquences</b></p>	<p>Au travail, elle prend ses responsabilités, mais elle s'accuse généralement de trop de responsabilité pour de petites erreurs ou quand elle a des difficultés à résoudre des problèmes. Dans sa vie sociale et personnelle, elle se sent piégée et impuissante, mis elle est incapable d'envisager sa responsabilité dans les conséquences de ses comportements d'évitement ou de trouble alimentaire.</p>
<p><b>7. Altruisme : capacité à s'engager auprès des autres, ainsi que dans la société, avec une attitude ouverte, franche et compassionnée</b></p>	<p>Capacité limitée; toute l'attention qu'elle porte aux autres est la conséquence de son Abnégation, en se focalisant par excès sur les besoins des autres aux dépend des siens propres. C'est particulièrement le cas dans sa relation avec sa mère. Elle n'a que peu de compassion réelle, aussi bien pour les autres que pour elle-même.</p>
<p><b>8. Espérance et sens de la vie : capacité à trouver et conserver du sens au travers des difficultés de la vie</b></p>	<p>Il y a très peu d'arguments en faveur de ceci, car la majeure partie de son activité est commandée par ses schémas, aussi bien au travail que dans sa vie personnelle : elle se manifeste par des Modes hypercompensateurs rigides, une rumination excessive et un évitement chronique;</p>

---

Dans les paragraphes 9.2 à 9.4 ci-dessous, identifiez les Modes les plus importants pour la compréhension des problèmes de votre patient dans sa vie actuelle, et tenez compte des instructions pour exposer vos réponses.

## 9.2 Modes Enfant (à l'exclusion du Mode Enfant Heureux)

### 9.2.1 Modes Enfant Vulnérable

Dans le premier tableau, identifiez les caractéristiques principales de l'Enfant Vulnérable de votre patient, ou bien listez-en les différents sous-types importants pour la conceptualisation (par ex. Enfant Abandonné, Enfant Esseulé, Enfant Honteux, Enfant Terrifié, Enfant Abusé, etc.). Puis, sur la droite, listez les principaux schémas liés à chaque mode ou sous-type identifié.

Dans les tableaux suivants, nommés Ex 1, Ex 2 et Ex 3, donnez deux ou trois exemples décrivant ce qui se produit lors ces Modes sont activés. Consultez le **Guide de conceptualisation de cas et l'Exemple clinique**, pour des précisions sur ce qu'il convient de noter en a, b et c.

<b>Mode Enfant Vulnérable :</b>	<b>Schéma(s) qui coïncide(nt) avec ce Mode</b>
Enfant Esseulé	Carence affective, Isolement Social
Enfant Dépendant	Dépendance/Incompétence
Enfant Humilié	Imperfection/Honte
Enfant Abandonné	Abandon/Instabilité
Enfant Abusé	Méfiance/Abus

<b>Ex 1</b>	<b>a) Mode activé et exemple d'une situation activatrice</b>	Enfant Humilié : Une de ses connaissances dit que maintenant qu'elle a atteint un poids normal elle va pouvoir trouver un partenaire et avoir une relation sentimentale
	<b>b) Vécu de vulnérabilité (émotions, images, pensées) dans ce mode Enfant</b>	Sentiment profond de honte. Pensées : « si elle me connaissait vraiment, elle verrait à quel point je suis non aimable, malgré la perte de poids. » Image de soi : en surpoids, non attrayante.
	<b>c) Mode stratégique (si c'est le cas)</b>	Protecteur Evitant ; Hypercontrolleur Anorexigène, Hypercontrolleur Flagellant.

<b>Ex 2</b>	<b>a) Mode activé et exemple d'une situation activatrice</b>	Enfant Dépendant : elle doit passer des commandes pour des produits alimentaires destinés à ses recettes, mais elle n'est pas certaines des quantités à commander
	<b>b) Vécu de vulnérabilité (émotions, images, pensées) dans ce mode Enfant</b>	Sentiment d'incompétence. Pensée : « je suis incapable de décider ça moi-même. » Image d'elle-même à 7 ans ne sachant pas jouer à un jeu auquel jouent son frère et son père.
	<b>c) Mode stratégique (si c'est le cas)</b>	Ruminateur soucieux. Chercheur de Réassurance.

<b>Ex 3</b>	<b>a) Mode activé et exemple d'une situation activatrice</b>	Enfant Esseulé : Quand elle est seule chez elle après avoir fini son travail très tard.
	<b>b) Vécu de vulnérabilité (émotions, images, pensées) dans ce mode Enfant</b>	Ressent un vide douloureux. Pensées : « je ne trouverai jamais personne. » Image d'elle-même toute seule. Image d'elle-même vieillissant toute seule.
	<b>c) Mode stratégique (si c'est le cas)</b>	Ruminateur Dépressif ; Auto-Tranquilliseur Détaché (alimentation émotionnelle).

## 9.2.2 Autres Modes Enfants

Dans le cadre du haut, décrivez les autres Modes présents éventuels, tels que le Mode Enfant en Colère, l'Enfant Enragé, ou l'Enfant Impulsif. Attention : certains Modes, tels que l'Enfant Impuissant, ou l'Enfant Désespéré ou l'Enfant indiscipliné peuvent être des Modes adaptatifs et n'ont pas leur place ici. Puis, sur la droite, notez les principaux schémas liés à chaque Mode ou sous-type que vous identifiez.

Utilisez ensuite les cadres notés Ex 1 et Ex 2 pour donner un ou deux exemples de ce qui se produit lorsque ces Modes sont activés. Consultez le **Guide de conceptualisation de cas** et l'**Exemple clinique** pour savoir ce qui doit figurer sous a, b ou c.

Autre(s) Mode(s) Enfant	Schéma(s) qui sont liés à ce Mode
<b>Enfant en Colère</b>	

<b>Ge du père</b>	<b>a) Mode activé et exemple d'une situation activatrice</b>	Enfant en Colère : activé par des rappels concernant son père, qui l'ignorait en majeure partie, qui n'a pas su la protéger lorsqu'elle était agressée à l'école et qui set mort brutalement.
	<b>b) Vécu de vulnérabilité (émotions, images, pensées) dans ce mode Enfant</b>	Colère. Tension corporelle. Pensée : « il ne s'occupait pas de moi ; il m'a laissée. » Image du père gisant sur le sol de la cuisine le jour de son décès.
	<b>c) Mode stratégique (si c'est le cas)</b>	Rumination en colère.

<b>Ex 2</b>	<b>a) Mode activé et exemple d'une situation activatrice</b>	Enfant en Colère : activé lorsque sa mère se pointe au bureau avec l'intention de bavarder avec elle alors qu'elle a du travail.
	<b>b) Vécu de vulnérabilité (émotions, images, pensées) dans ce mode Enfant</b>	Pensées : « elle ne pense pas à moi ; elle ne me voit pas ; qu'est-ce qu'elle est pénible ; elle ne réfléchit pas ; je ne peut rien faire pour l'arrêter. » Images d'elle criant après sa mère.
	<b>c) Mode stratégique (si c'est le cas)</b>	Soumis Obéissant ; Protecteur Evitant.

## 9.3 Modes Parent Dysfonctionnel

Consultez le **Guide de conceptualisation de cas** pour une définition et une liste des Modes Parent possibles. Dans le tableau ci-dessous, listez les Modes Parent les plus saillants mis en évidence (par ex. critique, punitif, culpabilisateur, exigeant, négligeant, hyperanxieux), que ceux-ci soient distincts ou mêlés à d'autres caractéristiques parentales.

Pour chaque Mode, donnez un ou deux exemples du type de messages (explicites ou implicites) que le parent internalisé inculque à l'enfant.

<b>Mode Parent</b>	<b>Exemple de messages implicites ou explicites destinés à l'enfant</b>
<b>Critique</b>	« tu m'as laissé tomber; tu es décevante. » « Tu n'est pas assez bien, » « tu es trop incompetente pour prendre la moindre décision. »
<b>Rejetant</b>	« Tu n'intéresses personne; tu es un fardeau. »
<b>Abandonnant</b>	« Tu ne dois pas compter sur moi pour rester auprès de toi. »
<b>Humiliant</b>	« Tu n'es pas normale. » « Vu à quoi tu ressembles, tu ne trouveras aucun homme qui s'intéressera à toi. »
<b>Culpabilisant</b>	Voix de la mère : « Tu ne vois donc pas comme je suis seule, j'ai besoin que tu passes du temps avec moi. Comment peux-tu être si égoïste pour ne pas voir ça? »
<b>Négligeant</b>	« Nos avons chacun à mener nos intérêts et activités personnels, et tu n'as tout simplement pas de valeur ni d'importance pour nous. »

#### 9.4 Modes d'adaptation dysfonctionnels (Modes Stratégiques)

Dans le cadre ci-dessous, listez les Modes stratégiques les plus saillants que vous avez identifiés et classez-les selon les grandes catégories : Mode Détaché/Évitant, Obéissant, Hypercompensateur, etc. Dans la colonne de droite, listez, si c'est adapté, les schémas qui coïncident avec chaque mode. Voir davantage d'instructions dans le **Guide de conceptualisation de cas**.

<b>a) Catégorie de Mode stratégique</b>	<b>b) Mode Stratégique</b>	<b>c) Schémas qui correspondent à ce Mode</b>
Hypercompensation	Hypercontrolleur Perfectionniste	Idéaux Exigeants
Hypercompensation	Hypercontrolleur Alimentaire	Idéaux Exigeants
Hypercompensation/Rumination	Hypercontrolleur Flagellant	Idéaux Exigeants
Détaché/Évitant	Protecteur Détaché	Surcontrôle Emotionnel
Détaché/Évitant	Auto-Tranquilliseur Détaché	
Détaché/Évitant	Protecteur Évitant	
Soumission	Soumis Obéissant	Assujettissement
Soumission	Soumis Impuissant	
Soumission	Chercheur de Réassurance	Dépendance/Incompétence

Soumission	Sauveteur par Abnégation	Abnégation
Rumination	Ruminateur (Soucieux, Dépressif, en Colère)	Négativité/Pessimisme

Sélectionnez **trois Modes au plus** et décrivez de façon détaillée le vécu de votre patient lorsqu'il se trouve dans le Mode en question, à l'aide des tableaux ci-dessous. Consultez le **Guide de Conceptualisation de cas** pour des explications détaillées sur ce qui doit figurer dans les paragraphes a – e.

#### 9.4.1 Nom du mode

Auto-Tranquilliseur Détaché

<b>(a) Exemple de situation</b>	A la fin d'une journée de travail, quand les employés sont rentrés chez eux.
<b>(b) Vécu et comportement lorsque le patient est dans ce mode</b>	Se sent seule et déprimée. Reste au travail en se focalisant sur des tâches et finit de travailler très tard, ne rentrant parfois à la maison qu'après 22 heures.
<b>(c) En quoi ce Mode est-il adaptatif pour l'Enfant ?</b>	Il cherche à apaiser l'Enfant Esseulé
<b>(d) Quelle valeur le patient attribue-t-il à ce Mode?</b>	Maintient le sentiment de solitude à distance
<b>(e) Conséquences problématiques pour le patient</b>	Entretient la solitude, car il empêche de se faire des amis et de développer de vraies relations.

#### 9.4.2 Nom du mode

Hypercontrolleur Alimentaire

<b>(a) Exemple de situation</b>	C'est devenu un mode chronique par défaut. Elle est constamment préoccupée par des règles alimentaires et par les zones de son corps qui sont perçues comme trop grosses. Son comportement de restrictions est majoré en réponse à toute situation qui active le sentiment de solitude, ou de honte et d'incompétence.
<b>(b) Vécu et comportement lorsque le patient est dans ce mode</b>	Se focalise sur la mise en œuvre des règles de restriction alimentaire, ce qui éteint les émotions désagréables et lui donne un sentiment de pouvoir et de contrôle. Cependant, après s'être gavée ou avoir mangé des aliments interdits, elle éprouve le besoin impulsif de se débarrasser des aliments en se faisant vomir (ce qui peut arriver trois fois par jour) ; après coup, elle se sent honteuse et se dégoûte elle-même.
<b>(c) En quoi ce Mode est-il adaptatif pour l'Enfant ?</b>	Il cherche à éliminer le sentiment de solitude, de honte, d'échec, de dépendance/incompétence
<b>(d) Quelle valeur le patient attribue-t-il à ce Mode?</b>	Elle gagne le sentiment de se contrôler et elle peut éteindre des émotions douloureuses, déroutantes et perturbantes.

<b>(e) Conséquences problématiques pour le patient</b>	Elle est constamment préoccupée par ces pensées et comportements. Elle a conscience des risques associés à des vomissements répétés. Par deux fois, elle a présenté une hypokaliémie aux examens sanguins et son dentiste l'a avertie des dégâts causés à son émail dentaire. Ses préoccupations contribuent à lui faire éviter des contacts sociaux intéressants et à entretenir son sentiment de solitude.
--	--

### 9.4.3 Nom du mode

Rumination anxieuse et recherche de réassurance

<b>(a) Exemple de situation</b>	Sandy doit prendre une décision au travail, telle des quantités à commander pour le stock.
<b>(b) Vécu et comportement lorsque le patient est dans ce mode</b>	Elle ne se sent pas sûre de la bonne décision, en ayant peur de faire une erreur ; ce qui la fait se sentir honteuse et incompétente. Elle rumine de façon anxieuse les différentes options de façon inefficace. Puis elle va demander l'avis et se faire rassurer par des employés, lesquels ne sont pas particulièrement compétents pour régler la question.
<b>(c) En quoi ce Mode est-il adaptatif pour l'Enfant ?</b>	Cherche à éviter la peur d'être humiliée et de paraître incompétente.
<b>(d) Quelle valeur le patient attribue- t-il à ce Mode?</b>	Elle espère, grâce aux ruminations et à la recherche de réassurance, trouver la solution au problème de cette commande.
<b>(e) Conséquences problématiques pour le patient</b>	Son souci et cette recherche de réassurance contribuent au maintien d'un état d'anxiété constante. Même lorsqu'elle prend des décisions effectives, elle n'apprend pas de ces expériences, et ne fait pas davantage confiance en ses capacités.

## 10. Séquençage des Modes et maintien des Schémas

Dans ce paragraphe, vous devez montrer comment un événement déclencheur peut activer une séquence de Modes qui se manifestent successivement dans le temps, parfois en réponse aux réactions des autres au début de la séquence. Identifier et nommer tous les Modes concernés – Modes Enfant, Modes Parent, Modes stratégiques. Les Modes sains peuvent également être concernés, mais on se concentrera sur les séquences qui aboutissent au maintien des Schémas, et qui n'aboutissent donc pas au Mode Adulte Sain.

Donnez au moins trois exemples d'événements de la vie de votre patient où l'on peut voir comment ses Modes dysfonctionnels se perpétuent. Il faut que ces exemples illustrent quelques uns des Domaines de Vie spécifiques cités problématiques dans le paragraphe 5.1 ci-dessus. Vous pouvez ajouter de nouveaux exemples, ou bien, si vous préférez, reprendre des exemples qui vous ont servi au paragraphe 9.4 ci-dessus (lorsqu'il était question d'un Mode stratégique unique).

Décrivez la situation activatrice, puis donnez les renseignements dans chacun des cadres (a) à (e) ci-dessous. Vous trouverez des explications détaillées dans le **Guide de conceptualisation de cas** et dans l'**Exemple clinique de conceptualisation de cas**.

<b>10.1 Situation activatrice:</b>	La mère de Sandy vient à l'improviste sur le lieu de travail de sa fille au moment de la pauses de midi et s'assied pour bavarder.
<b>a) Modes Parent et Enfant activés (ou évités ou cachés par un comportement stratégique)</b>	Sandy se sent obligée de faire la conversation (Parent Exigeant et Parent Culpabilisant/Enfant Humilié). Elle se sent également frustrée car la présence de sa mère l'empêche de se concentrer sur son travail (Enfant en Colère).
<b>b) Mode(s) stratégiques: Nom et comportement</b>	Soumis Obéissant : cherche à être agréable à sa mère. Protecteur en Colère : crée un mur de colère et repousse émotionnellement sa mère. Protecteur Evitant : Elle finit par quitter le bureau et laisse sa mère seule.
<b>c) Séquence des Modes</b>	Bien qu'elle se sente envahie et en colère, elle met sa colère de côté et cherche à s'adapter aux besoins de sa mère parce qu'elle a peur d'elle et aussi parce qu'elle est désolée pour elle et qu'elle est responsable du sentiment de solitude de sa mère (Soumis Obéissant). Elle finit par montrer sa colère, mais en ne l'exprimant que de façon indirecte (Protecteur en Colère). Elle dit à sa mère qu'elle a quelque chose d'urgent à gérer, ce qui n'est pas vrai (Soumis Obéissant) et sort du bureau en laissant sa mère seule (Protecteur Evitant).
<b>d) Conséquence du comportement stratégique sur le patient et sur les autres</b>	Une fois le bureau quitté, elle se sent frustré et angoissée et trouve difficile de se concentrer sur son travail (Ruminateur). Elle sait que sa mère va finir par partir, et qu'elle lui reprochera plus tard de n'être pas restée avec elle, ; tout en ruminant, son émotion passe de la colère à l'anxiété, puis à la honte qu'elle ressentira lorsque sa mère lui formulera des reproches plus tard.
<b>e) Expliquez pourquoi le comportement stratégique est auto-défaitiste et maintient les schémas</b>	Le Soumis Obéissant, le Protecteur Evitant, le Protecteur en Colère et la Rumination contribuent tous à réduire ou supprimer la colère et l'empêchent de s'affirmer auprès de sa mère, chose qu'elle aurait besoin de faire pour parvenir à une solution à long terme. Finalement, ses besoins personnels demeureront insatisfaits. Par ailleurs, elle présente des accès de colère occasionnels à l'encontre de sa mère, dont elle se sent coupable après coup.

<b>10.2 Situation activatrice:</b>	A un atelier du Club des Chefs auquel elle a participé afin de trouver de nouvelles idées culinaires, une autre participante propose de prendre un café pour échanger sur leur travail.
<b>a) Modes Parent et Enfant activés (ou évités ou cachés par un comportement stratégique)</b>	Elle se sent anxieuse, avec des idées telles que : » elle ne va pas m'apprécier si elle en arrive à me connaître. Elle va voir à quel point je suis stupide et incapable » (Enfant Imparfait/Humilié – Parent Rejetant/Humiliant). Elle appréciait plutôt cette femme, mais elle ressentait que si elle se laissait à entrer en lien avec elle, elle finirait par être abandonnée (Parent Abandonnant – Enfant Abandonné). Elle anticipait aussi qu'elle devrait boire et manger des aliments qui n'étaient pas sur la liste de ceux qui étaient autorisés, ce qui suscitait chez elle de l'anxiété et de la colère (Hypercontrolleur Alimentaire – Enfant en Colère).
<b>b) Mode(s) stratégiques: Nom et comportement</b>	Hypercontrolleur Alimentaire : Dicte les règles alimentaires. Protecteur Evitant : Se sent anxieuse et refuse l'invitation, évite la proximité physique de l'autre femme. Hypercontrolleur Flagellant : Hypercritique à propos d'elle-même, se reproche d'entretenir sa solitude. Auto-Tranquilliseur Détaché : fait des crises boulimiques suivies de vomissements. Regarde la télé sans réfléchir.

<p><b>c) Séquence des Modes</b></p>	<p>Sandy dit qu'il est difficile d'identifier ce qui vient en premier. L'Enfant Imparfait/Humilié – le Parent Rejetant/Humiliant – l'Enfant Abandonné, semblent être là tous en même temps. Puis vient rapidement se rajouter l'urgence de manger quelque chose qui violerait les règles alimentaires (Hypercontrolleur alimentaire). Elle a immédiatement refusé l'invitation en disant qu'elle avait beaucoup de travail à cette époque et qu'elle n'avait pas le temps (Protecteur Evitant). Elle a évité tout le temps de l'atelier la proximité physique de cette femme (Protecteur Evitant). Après coup, chez elle, elle s'est prise à ruminer des pensées d'auto-attaque (Hypercontrolleur Flagellant). Elle s'est distraite en regardant la TV et en grignotant beaucoup et finalement s'est fait vomir (Auto-Tranquilliseur Détaché).</p>
<p><b>d) Conséquence du comportement stratégique sur le patient et sur les autres</b></p>	<p>La femme qui l'a invitée s'est probablement sentie confuse et perplexe à la suite de sa réaction, peut-être même déçue et blessée, et peu encline à répéter l'invitation dans le futur. Ceci contribue à perpétuer sa solitude. A distance de cet atelier, l'autocritique de Sandy la perturba encore davantage, la conduisant à toutes les activités d'auto-tranquillisation qu'elle utilise pour se distraire.</p>
<p><b>e) Expliquez pourquoi le comportement stratégique est auto-défaitiste et maintient les schémas</b></p>	<p>Tous ces modes d'adaptation empêchent Sandy de créer des liens avec des personnes intéressantes et entretiennent sa solitude et son sentiment d'imperfection et d'incompétence.</p>

**10.3 Situation activatrice:**

<p><b>10.3 Situation activatrice:</b></p>	<p>Sandy doit prendre une décision au travail, telle que commander des fournitures pour son stock.</p>
<p><b>a) Modes Parent et Enfant activés (ou évités ou cachés par un comportement stratégique)</b></p>	<p>Elle n'est pas sûre de la bonne décision à prendre (Enfant Dépendant/Parent Négligent) et a peur de faire une erreur (Enfant Effrayé/Parent Punitif+Enfant Humilié/Parent Humiliant).</p>
<p><b>b) Mode(s) stratégiques: Nom et comportement</b></p>	<p>Ruminateur : Rumine de façon improductive sur la décision. Soumis Impuissant : Elle se fige et se sent paralysée. Chercheur de Réassurance : Elle cherche de façon anxieuse auprès de ses employés leur avis sur la décision.</p>
<p><b>c) Séquence des Modes</b></p>	<p>Elle rumine de façon anxieuse sur la décision et sur les différentes options d'une manière inefficace (Ruminateur). Elle devient de plus en plus agitée et anxieuse, puis elle se fige et se sent complètement impuissante (Soumis Impuissant). Finalement, elle cherche l'avis et la réassurance chez ses employés qui ne sont pas spécialement compétents pour la conseiller (Chercheur de Réassurance).</p>
<p><b>d) Conséquence du comportement stratégique sur le patient et sur les autres</b></p>	<p>Ses employés perdent leur respect pour elle car elle les irrite. Mais ils essaient d'être patients et font de leur mieux pour la rassurer comme elle le cherche.</p>
<p><b>e) Expliquez pourquoi le comportement stratégique est auto-défaitiste et maintient les schémas</b></p>	<p>Son incapacité à résoudre le problème elle-même maintient son sentiment d'incompétence et de dépendance. Elle sent qu'elle irrite ses employés, ce qui fait grandir la honte qu'elle ressent déjà (schéma d'Imperfection/Honte). Ceci l'empêche de développer une façon de gérer le stock qui soit du registre de l'Adulte sain.</p>

## 11. La Relation Thérapeutique

### 11.1 Réactions personnelles du thérapeute envers le patient

Décrivez les réactions du thérapeute envers le patient, **aussi bien celles qui facilitent la thérapie que celles qui sont problématiques**. Pour les réactions facilitatrices, décrivez brièvement comment elles contribuent à la relation thérapeutique. Pour celles qui sont problématiques, identifiez les caractéristiques/les comportements de votre patient qui les provoquent. Lorsque cela se produit, quels schémas et modes sont-ils activés chez le thérapeute ? Quel impact les réactions du thérapeute ont-elles sur le traitement, particulièrement sur sa capacité à proposer un reparentage au patient?

Au début, Sandy était très détachée et ses progrès limités activaient mon schéma d'Imperfection. J'étais excessivement focalisé sur la conceptualisation du cas et sur la construction réfléchie de la thérapie, mais d'une façon trop intellectuelle qui me donnait le sentiment de contrôle et de compétence. Je me suis senti, avec excès, responsable de la lenteur des progrès de Sandy et je pensais que, en la suivant dans son analyse intellectuelle, j'allais être capable de trouver un moyen pour corriger ses problèmes. Je réalise maintenant qu'il s'agissait là de ma propre stratégie d'adaptation et que cela interférait avec le processus d'aide à l'accès aux émotions dans la thérapie.

Je suis également affecté par son mode Soumis Impuissant qui suscitait chez moi au départ un sentiment d'impuissance, mais aussi de frustration et de colère face à son absence de volonté pour se prendre en charge. Néanmoins, je suis maintenant parvenu à accepter la réalité que représente le défi de travailler avec elle, ainsi que mon besoin d'être patient et systématique dans la relation et le reparentage.

### 11.2 Collaboration aux Tâches et Objectifs de la Thérapie

Consultez le **Guide de conceptualisation de cas** pour la définition de la collaboration, et pour les détails de l'échelle (de 1 à 5) à utiliser pour l'évaluation ci-dessous.

#### 11.2.1 Évaluation de la *Collaboration aux tâches et Objectifs*:

2

#### 11.2.2 Décrire le processus collaboratif avec le patient

Expliquez les bases de votre évaluation en décrivant de quelle manière votre patient et vous êtes capables de collaborer d'une façon positive, dans le cadre d'une collaboration effective, ainsi que les aspects problématiques dans la collaboration, dans la mesure où ils interfèrent avec une collaboration efficace. Le **Guide de conceptualisation de cas** pourra vous aider.

Bien que par moments Sandy accepte certains des objectifs de la thérapie, décrits plus bas au paragraphe 12, et qu'elle reconnaisse son besoin de changer si elle veut être heureuse et satisfaite, elle demeure la plupart du temps incapable de travailler activement sur les objectifs qui mettent en jeu la recherche du contact de personnes susceptibles de lui permettre d'obtenir des relations satisfaisantes. Lorsque j'aborde ce point avec elle, elle clôt le sujet et passe à autre chose.

#### 11.2.3 Comment pourrait-on améliorer la relation thérapeutique?

Lorsque la collaboration est modérée à faible, identifiez les barrières et obstacles à la collaboration et mettez en évidence ce qui doit être fait pour les modifier. Voyez le **Guide de conceptualisation de cas** pour des propositions détaillées.

A cause de son Hypercontroleur Alimentaire, et de ses modes stratégiques Ruminateur et Evitant, il est très difficile d'engager Sandy dans une collaboration sur des objectifs comportementaux, et il est probablement trop tôt pour diriger le travail dans ce sens à ce stade de la thérapie. Elle est cependant de plus en plus régulièrement assidue à ses séances, ce qui suggère qu'elle trouve une certaine forme de bénéfice à rencontrer une personne qui soit ouverte et sans jugement, et elle développe progressivement une certaine tolérance à des émotions de vulnérabilité. Néanmoins, pour le moment, il apparaît préférable de travailler surtout à privilégier le reparentage dans la relation thérapeutique et à faire du modeling sur l'expression des émotions.

### 11.3 Relation et lien de Reparentage

#### 11.3.1 Évaluer la *relation et le lien de reparentage* :

3

Lisez dans le **Guide de conceptualisation de cas** la définition du lien et de la relation de reparentage et utilisez ici l'échelle d'évaluation qui y est décrite (de **1-faible** à **5-forte**); indiquez votre évaluation dans le cadre ci-dessus.

#### 11.3.2 Décrire la relation et le lien de reparentage entre le patient et le thérapeute

Décrivez les comportements de votre patient avec vous, ceux qui révèlent son ouverture à accepter le reparentage. Donnez des détails et des exemples de ses comportements, ses réactions émotionnelles et ses propos dans sa relation avec vous qui permettent d'évaluer la force du lien de reparentage.

Au départ, Sandy était incapable d'accéder à toute expression d'émotions de vulnérabilité. Lorsqu'elle ne réalisait pas ses tâches assignées à domicile, elle s'attendait à ce que je la juge. Elle a fini par réaliser que je n'étais ni critique ni jugeante, à la différence de sa mère et de son frère. Elle a alors pu s'ouvrir au fait que j'acceptais et validais ses besoins et émotions, et a trouvé plutôt facile d'accéder à sa vulnérabilité au cours des séances. Lorsqu'elle a été vulnérable, au cours d'une séance, elle a pu trouver cela plutôt inconfortable, mais j'ai eu envie de lui faire un câlin en fin de séance. Elle a décliné ma proposition; ceci illustre à quel point elle a besoin de lien affectif et d'attention, mais aussi combien il lui est difficile de recevoir cela. Malgré tout, un lien de reparentage a pu s'établir et elle est de plus en plus capable d'accepter mon empathie et ma compréhension vis-à-vis de sa solitude. Elle m'utilise également en tant que guide lui permettant de savoir si les émotions qu'elle ressent dans les situations de sa vie quotidienne sont validées.

#### 11.3.3 Comment la relation et le lien de reparentage peuvent-ils être améliorés ou renforcés?

Lorsque le lien de reparentage n'est pas fort, expliquez quels vous semblent être les obstacles à développer un lien plus fort, aussi bien concernant vos propres Modes d'adaptation que ceux de votre patient. Quels efforts spécifiques pourriez-vous faire pour renforcer le lien?

Je pense que notre lien va continuer à se renforcer au fur et à mesure que je lui témoigne mon attention à son égard, ma gentillesse et ma chaleur lorsque je la reçois, lorsque j'accepte sans réserve tout ce qu'elle me partage, et lorsque je l'encourage dans ses réalisations. Néanmoins, Sandy ne me contacte jamais en dehors des séances, bien que je l'y aie invitée. Depuis peu, sa tendance à annuler des séances a contribué à réduire ses progrès, peut-être en réponse à ma façon d'insister sur le travail comportemental à des objectifs. Il faut que je confronte, gentiment et de façon empathique, son mode évitant et que je travaille à établir avec elle un engagement ferme dans son assiduité aux séances. Il faut que j'aborde, en la nommant, sa difficulté à me faire confiance, d'une manière empathique. J'ai également besoin de confronter empathiquement sa tendance à une assiduité irrégulière et que je lui fasse part de son impact sur moi de manière non jugeante.

### 11.4 Autres facteurs moins courants susceptibles d'impacter la relation thérapeutique (*Optionnel*)

S'il existe d'autres facteurs susceptibles d'influencer significativement la relation thérapeutique, ou bien d'interférer avec celle-ci, (par ex. une différence d'âge importante, une barrière culturelle, une distance géographique), veuillez l'aborder ci-dessous. Comment ces facteurs peuvent-ils être solutionnés avec le patient?

N/A

## 12. Objectifs Thérapeutiques: Interventions, progrès et obstacles

Sélectionnez au moins quatre objectifs thérapeutiques de première importance dans le travail thérapeutique avec ce patient. Votre travail de thérapeute sera d'aider votre patient à travailler dans le sens de ces objectifs au moyen de tâches thérapeutiques identifiées. Ils peuvent être décrits en termes de schémas, modes, cognitions, émotions, comportements, styles relationnels, symptômes, etc.)

Décrivez chaque objectif et remplissez les cadres ci-dessous. Voyez le **Guide de conceptualisation de cas** pour davantage de renseignements. Au cadre 12.5, vous avez la possibilité d'ajouter un objectif important.

### 12.1 Objectif thérapeutique:

Suivre le programme alimentaire de la diététicienne en mangeant des repas normaux sans restrictions, qui lui permettront de maintenir son poids (et en évitant les compulsions alimentaires et les vomissements).

<b>(a) Schémas et Modes à cibler</b>	Elle a besoin d'apprendre à reconnaître son Mode Hypercontroleur Alimentaire, son Hypercontroleur Perfectionniste, son Hypercontroleur Flagellant et son Mode Ruminateur. Elle doit devenir davantage tolérante vis-à-vis des sentiments de son Mode Enfant Vulnérable (solitude et imperfection).
<b>(b) Comportements d'Adulte Sain correspondants</b>	Renforcement de sa métacognition concernant ces Modes, afin qu'elle puisse spontanément ré-évaluer leur rôle dans sa vie et leur effet sur le maintien de ses problèmes. Encourager sa tolérance aux émotions de vulnérabilité qui lui paraissent déstabilisantes, confusionnantes, et hors de contrôle.
<b>(c) Justifications des interventions</b>	Travail de chaises pour l'aider à identifier et distinguer ces différents Modes stratégiques, et lui permettre de ré-évaluer leur impact dans sa vie. Restructuration cognitive pour l'aider à construire des attitudes et des croyances basées sur la réalité, en remplacement de celles dictées par ses schémas. Evaluation régulière systématique de son application du programme diététique, ainsi que des processus qui sont à l'œuvre lorsqu'elle ne l'applique pas.
<b>(d) Progrès et obstacles</b>	Elle a été capable de faire preuve d'un certain niveau de métaconscience à propos de ses Modes Stratégiques, lors du travail de chaises. Mais ceci ne perdure pas en dehors des séances. Elle n'a que peu progressé dans le suivi de son régime alimentaire, et elle retourne à ses anciens mécanismes lorsqu'il survient quelque chose qui la perturbe. Elle s'adapte en séance par une attitude dédaigneuse ou en évitant les séances.

### 12.2 Objectif thérapeutique:

Réduire l'anxiété chez Sandy lors de la prise de décisions, notamment au travail.

<b>(a) Schémas et Modes à cibler</b>	Schémas : Imperfection/Honte, Dépendance/Incompétence, Echec, Négativité/Pessimisme. Modes : Ruminateur, Soumis Impuissant, Chercheur de Réassurance.
<b>(b) Comportements d'Adulte Sain correspondants</b>	Métacognition sur ces Modes Stratégiques, afin de pouvoir les cesser. Auto-compassion pour les émotions de l'Enfant Vulnérable.
<b>(c) Justifications des interventions</b>	Aider Sandy à reconnaître les modes stratégiques, voir comment ils contribuent au maintien de ses problèmes, proposer le reparentage de son Enfant Vulnérable dans la relation et en imagerie, grâce à la réécriture en imagerie. Lui apprendre la restructuration cognitive, associée à la méditation de pleine conscience et/ou la relaxation. Utiliser les flashcards, l'imagerie pour changer les stratégies dysfonctionnelles.
<b>(d) Progrès et obstacles</b>	En séance, elle parvient à reconnaître que les modes stratégiques ne sont pas aidants et aussi qu'ils contribuent à son anxiété et à son humeur dépressive.

### 12.3 Objectif thérapeutique:

Sandy doit augmenter sa tolérance vis-à-vis des émotions légitimes et apprendre comment les exprimer dans le cadre de la thérapie.

<b>(a) Schémas et Modes à cibler</b>	Cela nécessite de reconnaître et de réévaluer tous ses modes stratégiques et d'accéder expérimentalement à l'Enfant Vulnérable et à l'Enfant en Colère et aux schémas primaires associés (Carence Affective, Imperfection, notamment).
<b>(b) Comportements d'Adulte Sain correspondants</b>	Parvenir à être consciente de ses états émotionnels, à les tolérer, à en comprendre la signification et à trouver les moyens pour leur donner une expression adaptée.
<b>(c) Justifications des interventions</b>	Lorsqu'un état émotionnel se manifeste, directement ou indirectement, je cherche à le nommer, à entrer en empathie avec et à le normaliser. Quand elle est répondante à cette attitude, je travaille avec elle à chercher les mots qui expriment de façon adéquate son expérience vécue. Il faut faire davantage de travail expérientiel (dialogue de chaises et réécriture en imagerie) pour contourner son Mode Protecteur Détaché afin d'accéder aux Modes Enfant vulnérable et Enfant en Colère, dans le but de l'aider à aller vers leur reparentage.
<b>(d) Progrès et obstacles</b>	Au départ, je n'ai pas suggéré le travail sur cet objectif, car elle était davantage ouverte à des objectifs comportementaux concrets. Lorsque j'ai récemment suggéré cet objectif en tant que but explicite dans la thérapie, elle s'est montrée sceptique, et n'était pas prête à y travailler. J'ai néanmoins persisté doucement et fermement, et elle s'est mise au travail dans ce sens.

### 12.4 Objectif thérapeutique:

Sandy doit changer sa relation avec sa mère en passant moins de temps avec elle et en lui exprimant davantage ses besoins lorsqu'elle est avec elle.

<b>(a) Schémas et Modes à cibler</b>	La cible de cet objectif est représentée par les Schémas de Surcontrôle Emotionnel, d'Assujettissement et d'Imperfection, dans le cadre de son Mode Enfant Vulnérable solitaire et honteux, ainsi que ses Modes Stratégiques Soumis Obéissant, Sauveur Dévoué, Protecteur Evitant, Protecteur en Colère et Auto-Tranquilliseur Détaché.
<b>(b) Comportements d'Adulte Sain correspondants</b>	Apprendre à s'exprimer de façon assertive envers sa mère lorsqu'elle vient la voir, et lui proposant des horaires déterminés et limités pour lui rendre visite, et de rester fermement non disponible si elle ne les respecte pas.
<b>(c) Justifications des interventions</b>	Réécriture en imagerie pour traiter le parent internalisé culpabilisant. Guider Sandy en matière d'affirmation de soi et d'authenticité dans la relation. Entraînement en imagerie pour le comportement assertif.
<b>(d) Progrès et obstacles</b>	Les progrès ont été limités. Bien que j'ai recommandé cet objectif thérapeutique, Sandy s'y est peu appliquée et a la plupart du temps évité de le mettre en oeuvre. Son schéma d'Abnégation et sa solitude ont tous deux entravé sa motivation et sont des obstacles aux progrès. Il est probablement prématuré de travailler sur cet objectif de façon efficace; il faudra peut-être travailler à ce qu'elle reconnaisse son Enfant en Colère et qu'elle parvienne à l'exprimer.(objectif 12.3 ci-dessus).

### 12.5 Autres objectifs thérapeutiques:

Sandy doit s'engager dans des relations avec les autres d'une manière qui lui permette de développer un réseau d'amis qui la soutiennent.

<b>(a) Schémas et Modes à cibler</b>	Cela cible son Surcontrôle Emotionnel, son Assujettissement et son Imperfection, dans le cadre de son Enfant Vulnérable solitaire et honteux et de ses Modes stratégiques Soumis Obéissant, Sauveur Dévoué, Protecteur Evitant et Auto-Tranquilliseur Détaché.
<b>(b) Comportements d'Adulte Sain correspondants</b>	Elle a besoin de développer les contacts avec les autres pour construire des relations et s'engager dans des activités sociales et récréatives qui lui permettront développer des contacts en dehors du travail, et aussi d'apprendre à partager sa vie et son expérience avec les autres au travers des conversations.
<b>(c) Justifications des interventions</b>	Je lui ai conseillé de faire des contacts avec les autres au travers des moyens ci-dessus en lui proposant de la guider pas à pas dans cette expérimentation. Je lui ai proposé de l'aider à identifier les déclencheurs qui l'incitent au retrait social, tels que les souvenirs de son père et la colère suscitée, ou bien sa peur de perte d'autonomie lorsque le Mode Parent Culpabilisant est actif.
<b>(d) Progrès et obstacles</b>	Bien qu'elle semble comprendre intellectuellement la raison de cet objectif, elle n'a pas du tout progressé dans ce sens. Lorsque j'évoque le problème, elle change de sujet ou bien rationalise sur le fait qu'elle n'est pas encore prête pour ça. Il faut que j'utilise encore davantage la confrontation empathique pour l'aider à passer d'une incompréhension intellectuelle à une action efficace.

### 13. commentaires ou explications supplémentaires (*Optionnel*):

© 19 décembre 2024. International Society of Schema Therapy.

Ceci est la traduction en français, approuvée par l'isst, du formulaire de conceptualisation de cas.



La version anglaise d'origine est: © 5th September 2024. International Society of Schema Therapy. Unauthorized reproduction or translation – in whole or in part – without written consent of the Society is strictly prohibited.

Authorized translations into over 30 languages will be posted in due course on the ISST website [m](https://www.isst.org). You can also contact the ISST on this address [cc@isst-schemasociety.org](mailto:cc@isst-schemasociety.org) should you require any further information about the form, to learn if there is an authorized translation in any specific language, or to apply to make a translation into a language for which no translation has yet been made.

## Note sur certains des Modes de Schémas utilisés dans cet exemple Clinique

il existe une certaine diversité dans l'utilisation des Modes à l'intérieur de la communauté de la schéma-thérapie. Le document annexe, « *supplément au Guide de Conceptualisation de Cas - Listes ISST des Modes de Schémas* » fournit deux listes : une liste de base des Modes les plus communément utilisés par les schéma-thérapeutes, les superviseurs et les enseignants, et une liste élargie qui inclut d'autres Modes issus de la littérature récente. Certains des Modes auxquels il est fait référence dans cet exemple clinique proviennent de la liste élargie. Pour ceux qui n'y sont pas familiers, la note qui suit devrait suffire à éclairer sur la signification de ces Modes nouveaux. Les références bibliographiques qui sont à la fin renvoient à la littérature où ils sont décrits et discutés. Lorsque vous rédigerez vos propres conceptualisations de cas, vous pouvez utiliser les Modes dont vous et vos superviseurs sont familiers, car il n'y a aucune exigence qui vous force à utiliser la liste élargie ; cet exemple clinique est là pour vous montrer comment les ajouter, si vous le souhaitez.

- **Hypercontrôleur alimentaire** : C'est une forme d'Hypercontrôleur Perfectionniste fréquemment rencontrée dans les troubles alimentaires : cf. Edwards (2017), Simpson (2020), Simpson et al (2018).
- **Sauveur Dévoué** : Ce type de comportement fait habituellement partie du Mode Soumis Obéissant. Cependant, Edwards (2022) suggère de différencier la stratégie d'Abnégation en tant que Mode Indépendant. Ce Mode est également reconnu par Brockman et al. (2023, p. 282).
- **Chercheur de Réassurance** : il s'agit d'un autre comportement habituellement inclus dans le Mode Soumis Obéissant. Il est inclus dans le Mode Chercheur d'Approbation/Reconnaissance et a été identifié de façon répétée dans la littérature de TCC en tant que renforçateur des problèmes psychologiques pour cette raison, Edwards (2023) le considère de façon séparée.
- **Modes Ruminants** : la littérature de TCC reconnaît ces comportements adaptatifs depuis 30 ans, en les séparant en plusieurs catégories. Ils ont été identifiés comme importants en thérapie des schémas par Brockman et Stavropoulos (2020), Stavropoulos, Haire, Brockman et Meade (2020), et Brockman et al. (2023) sous le terme Sur-analyseur. Edwards (2023), suivant la littérature TCC, suggère de distinguer plusieurs types de ruminations, qui ne correspondent pas toutes au terme de Sur-analyseur. Notamment *le souci, la rumination dépressive et la rumination colérique*.
- **Hypercontrôleur Flagellant** : il s'agit d'un Mode critique sous la forme d'une rumination auto-agressive que Brockman et al. (2023, p. 9), Edwards (2022) and Simpson (2018, p. 51) différencient du Mode Parent Punitif parce qu'il s'agit d'un Mode stratégique.

### Références

Edwards, D. J. A. (2017). An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2 - coping modes and superordinate themes. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.180/20797222.2017.1326730>

- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology, 12*.  
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Simpson, S. (2020). Schema therapy assessment of eating disorders. In S. Simpson, & E. Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings* (pp. 37-55). Routledge.
- Simpson, S. G., Pietrabissa, G., Rossi, A., Seychell, T., Manzoni, G. M., Munro, C., Nesci, J. B., & Castelnovo, G. (2018). Factorial structure and preliminary validation of the schema mode inventory for eating disorders (SMI-ED). *Frontiers in Psychology, 9*, 600.  
<https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00600/full>
- Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R., & Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist, 24*(2), 99-113. <https://doi.org/10.1111/cp.12205>
- Brockman, R. N., Simpson, S., Hayes, C., van der Wijngaart, R., & Smout, M. (2023). *Cambridge guide to schema therapy*. Cambridge University Press.
- Brockman, R., & Stavropoulos, A. (2020). Repetitive negative thinking in eating disorders: Identifying and bypassing overanalysing coping modes and building schema attunement. In S. Simpson, & E. Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders* (pp. 69-81). Routledge.