



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Étude des relations entre les schémas précoces inadaptés, les stratégies de *coping* et la flexibilité psychologique chez des sujets présentant des troubles anxieux

A study of the relationship between early maladaptive schemas, coping strategies and psychological flexibility in patients with anxiety disorders

Sophie Billoux^{a,*}, Frédéric Chapelle^b, Christophe Giocanti-Belmonte^b, Stacey Callahan^a

^a Centre d'études et de recherches en psychopathologie (CERPP)/Octogone, université de Toulouse-II Le-Mirail, 5, allée Antonio-Machado, 31100 Toulouse, France

^b Centre de thérapies comportementales et cognitives (CTCC), 44, rue Alsace-Lorraine, 31000 Toulouse, France

Reçu le 9 décembre 2011 ; reçu sous la forme révisée le 24 février 2012 ; accepté le 24 février 2012

Disponible sur Internet le 3 mai 2012

MOTS CLÉS

Schémas précoces inadaptés ;
Stratégies de *coping* ;
Flexibilité psychologique ;
Troubles anxieux

KEYWORDS

Early maladaptive schemas ;

Résumé Les schémas précoces inadaptés sont présents chez tous les individus. L'activation de ces schémas est souvent associée au développement de troubles psychiques tels que les troubles anxieux. La pratique clinique constate, en effet, que ces schémas sont souvent activés chez des sujets anxieux. Ainsi, la présente étude cherche à examiner le lien entre l'activation des schémas, la flexibilité psychologique et les stratégies de *coping*. Vingt-huit patients, en suivi thérapeutique pour l'anxiété, ont été sollicités afin de compléter l'échelle de Dépression de Beck (BDI-II), le questionnaire de *coping* (WCC-R), le questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3) et le questionnaire d'acceptation et d'engagement (AAQ-II). Les résultats ont montré que le schéma « idéaux exigeants » se corrélait négativement au score de la BDI-II. Le versant positif des schémas précoces inadaptés reste donc une idée à approfondir.

© 2012 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Anxiety is a major feature of all psychiatric diagnoses, and is, of course, the major feature of anxiety disorders. These disorders include: panic disorder, specific phobias, social anxiety, agoraphobia, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder (DSM-IV). Repercussions of anxiety can be significant and have serious

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : sophie.billoux@gmail.com (S. Billoux), frederic.chapelle@ctcc31.fr (F. Chapelle), christophe.giocanti81@orange.fr (C. Giocanti-Belmonte), callahan@univ-tlse2.fr (S. Callahan).

Coping strategies;
Psychological
flexibility;
Anxiety disorders

impact on professional, family, and social functioning, notwithstanding the serious psychological suffering they can generate. Anxiety disorders are a serious and relatively common problem affecting the general French population (aged 18 to 65 years) with an over prevalence of 15% over a 12-month period (Haute Autorité de santé). Treatment offered for anxiety usually involves psychotherapy, medication, or a combination of the two. Some patients may show resistance, however to one or both of these therapies. Young developed schema therapy within the cognitive behavioral therapy framework in order to surmount patient resistance to therapy. Schema therapy theory resides in the notion of 'early maladaptive schemas', which are defined as overwhelming emotional experience present from infancy and having a serious impact on well-being and adaptive functioning. According to Young, activation of early maladaptive schemas has a direct impact on the development of anxiety disorders. In order to deal with the unpleasant associations evoked by these schemas, individuals develop coping mechanisms as early as childhood, some of which can be highly maladaptive. These coping strategies take a particularly rigid and dysfunctional form and appear to decrease psychological flexibility. According to Harris, psychological flexibility rests on two basic abilities: the ability to live in the 'here and now', along with the ability to engage in positive action that are in keeping with personal standards. Psychological flexibility involves the ability to accept and engage in true behavioral change. The current study seeks to better understand schemas in terms of potential positive impact. To put it differently, the authors postulate that it might be possible that the activation of some early maladaptive schemas could have a constructive effect on psychological flexibility as well as on the use of adaptive coping strategies. To investigate this hypothesis, the links between early maladaptive schemas, coping strategies and psychological flexibility were explored using, respectively, the Young Schema Questionnaire (YSQ-L3), the Ways of Coping Checklist, Revised (WCC-R) and the Acceptation-Action Questionnaire (AAQ-II). In addition, depressive affect was measured and controlled for using the Beck Depression Inventory (BDI-II). Participants ($n = 28$) were recruited in clinical practice and all had been diagnosed with one of the DSM-IV anxiety disorders presented above. Statistical analyses showed correlations between these concepts for the overall sample but were particularly strong for patients suffering from generalized anxiety disorder (GAD). Groups were identified according to scores on the BDI-II (mild/moderate severe depression) and comparisons showed interesting results for certain schemas and coping mechanisms. Similarly, results on some schemas were significantly different according to diagnosis. Although a direct link was not found between psychological flexibility and the other psychological notions, depression appeared to have a mediating effect on relationships between these variables. It would seem, for example, that the activation of the 'excessive demands' schema may reduce depressive symptoms. This study suggests many avenues for future research and provides some insight into therapeutic intervention taking into account psychological flexibility and maladaptive schemas.

© 2012 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les troubles anxieux sont les plus fréquents des troubles psychiatriques et comprennent divers désordres psychologiques : anxiété généralisée, anxiété sociale, phobies spécifiques, troubles obsessionnels compulsifs, trouble de stress post-traumatique et trouble panique [1]. Les données épidémiologiques de l'étude ESEMed [2] ont montré qu'en France, la prévalence sur 12 mois était de 9,8%. Malgré les différents traitements proposés (psychothérapies, pharmacothérapie), certains patients manifestent une résistance [3]. Ainsi, Young tente de développer un autre genre de thérapie : la thérapie des schémas, basée sur le concept de « schéma précoce inadapté » (SPI) dont il donne la définition suivante : « les schémas représentent un thème ou un modèle important et envahissant concernant l'individu ainsi que ses relations avec les autres. Ils se développent dans l'enfance ou l'adolescence, s'enrichissent et se

complexifient tout au long de la vie. Les schémas sont constitués de souvenirs, d'émotions, de pensées, de sensations corporelles et évoquent un dysfonctionnement notoire ». Pour Young, les SPI sont principalement à l'origine de troubles de la personnalité, mais aussi de troubles anxieux selon d'autres auteurs [4,5]. Une étude révèle la relation existant entre les schémas du domaine « séparation/rejet » et l'anxiété sociale [6]. Le travail de Hedley [7] montre l'influence du schéma « vulnérabilité » sur le trouble panique avec agoraphobie. Les SPI sont néanmoins présents à différents degrés chez tous les individus. Ces schémas, au nombre de 18 sont le résultat de besoins affectifs fondamentaux non assouvis pendant l'enfance et sont classés selon cinq domaines [8]. Pour affronter ces schémas, l'individu élabore des stratégies d'adaptation parfois dysfonctionnelles permettant de s'ajuster tout en fuyant les sentiments désagréables qu'ils peuvent engendrer [3]. Young décrit différents styles d'adaptation : la compensation, l'évitement

et la soumission qui peuvent se traduire au niveau comportemental, cognitif ou émotionnel. Cette manière de s'adapter s'apparente aux stratégies dites de *coping*. Issu des études sur les mécanismes de défense, le terme de *coping* caractérise les efforts cognitifs et comportementaux que développe un individu afin de répondre à des exigences internes ou externes spécifiques qui surpassent ses capacités adaptatives [9]. Une étude constate que les stratégies actives centrées sur le problème sont plus profitables sur le trouble de stress post-traumatique [10]. Livemont et al. observent que la recherche de soutien social et la réévaluation positive semblent avoir une influence bénéfique sur l'anxiété sociale, plus que l'évitement [11]. Mais comme expliqué précédemment, l'activation d'un schéma conduit à établir des stratégies plus rigides et dysfonctionnelles comme l'évitement, ce qui affecte donc la flexibilité psychologique. En effet, par définition, cette dernière permet au sujet d'accepter l'épreuve qu'il traverse et ainsi d'acquérir les moyens nécessaires à la réalisation de stratégies de réinvestissement [12], ce qui va donc à l'encontre d'un style d'adaptation tel que l'évitement. Elle peut être évaluée par la mesure du degré d'acceptation et d'engagement et être renforcée par la thérapie ACT [13]. Plusieurs travaux ont montré que le fait d'améliorer la flexibilité psychologique était efficace sur les troubles anxieux tels que les troubles obsessionnels compulsifs [14], l'anxiété sociale [15], l'anxiété généralisée [16].

De nombreux travaux mettent en évidence les SPI comme origine des troubles, mais aucun ne mentionne l'intérêt positif qu'il pourrait s'en dégager. Ainsi, il semble intéressant de chercher s'il est possible de tirer profit d'un SPI pour en obtenir une meilleure efficacité thérapeutique. Afin de vérifier cette hypothèse, les liens entre l'activation des schémas, la flexibilité psychologique et l'utilisation de stratégies de *coping* seront étudiés. En effet, pour savoir s'il est possible de bénéficier de l'activation d'un schéma, il serait judicieux de rechercher s'il entraîne le recours à une stratégie d'adaptation plus adéquate ou bien s'il permet d'améliorer la flexibilité psychologique. Ce sujet paraît novateur dans le domaine des TCC puisqu'à ce jour, aucune étude n'a réellement porté un regard positif sur ces schémas.

Méthode

Participants

Pour ce travail, 28 patients ont été inclus (11 hommes, 17 femmes) avec une moyenne d'âge de $38,78 \pm 10,60$ ans (22 à 63 ans). Tous ces patients présentaient un diagnostic de trouble anxieux (anxiété généralisée : $n = 11$; anxiété sociale : $n = 6$; agoraphobie : $n = 4$; trouble panique : $n = 4$; trouble obsessionnel compulsif : $n = 3$). Ont été exclus les sujets affectés par des troubles neurologiques, un retard mental, une dépression, une maladie générale évolutive et autres troubles psychiatriques.

Matériel

Des outils spécifiques (autoquestionnaires sur support papier) ont été administrés aux sujets pour évaluer la

présence de symptômes dépressifs, la flexibilité psychologique, les stratégies de *coping* et l'activation de schémas dysfonctionnels :

- BDI-II : inventaire de dépression de Beck [17]. Ce test n'est pas un outil diagnostique, il permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs et comporte 21 énoncés. Le sujet répond en cochant la proposition qui lui convient. Ce questionnaire a été traduit et validé en français (chez 96 sujets témoins et 341 sujets psychiatriques), la consistance interne est satisfaisante ;
- AAQ-II : autoquestionnaire d'acceptation et d'action [18]. Cette épreuve mesure la flexibilité psychologique et se compose de dix items cotés sur une échelle de Likert à sept points. Elle a été validée en français. Les propriétés psychométriques révèlent un alpha de Cronbach supérieur à 0,8 pour le groupe de sujets témoins et à 0,77 pour le groupe de patients. La fidélité test-retest est de 0,83 ;
- WCC-R : questionnaire de *coping* [19]. Il évalue les stratégies de *coping* mises en œuvre lors d'une situation stressante. Cette version comprend 29 items et mesure cinq types de stratégies : évitement, résolution de problèmes, recherche de soutien social, autoaccusation, réévaluation positive. Le sujet décrit d'abord une situation stressante à laquelle il a été confronté. Puis, sur une échelle de Likert (de 1 à 4), il indique à quel degré il a utilisé ou non chaque stratégie proposée. Les scores sont définis en fonction de la somme des cotes des différentes stratégies. Ce questionnaire a été traduit et validé en français, l'analyse factorielle sur les 42 items initiaux a permis d'extraire cinq facteurs témoignant de 35 % de la variance globale. Seuls les items dont le coefficient de saturation à un unique facteur supérieur à 0,4 ont été retenus, soit 29 items pour la version française ;
- YSQ-L3 : questionnaire de Young, [20]. Il se compose de 232 items regroupés selon les 18 SPI. Le sujet doit choisir pour chaque affirmation, sur une échelle de 1 à 6, la cotation qui lui correspond au mieux. Les scores sont calculés en additionnant les cotes des items. Ainsi il est possible de déterminer quels schémas prédominent chez un individu. Ce questionnaire a été validé et traduit en français [21].

Procédure

Les patients ont été recrutés entre juillet et octobre 2010 au sein du centre de thérapie comportementale et cognitive de Toulouse, et ont donné un consentement libre et éclairé pour participer à cette étude.

L'ordre des questionnaires fut le même pour tous les patients. La passation s'est déroulée de manière aléatoire au cours du suivi thérapeutique, mais aucun sujet n'était en fin de thérapie. Ces derniers étant venus en consultation avec une demande de prise en charge.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées sur les données brutes. Une première étude de corrélation a été effectuée avec le test corrélationnel non paramétrique de Spearman sur l'ensemble des patients. Une deuxième étude

Tableau 1 Résumé des corrélations statistiques (coefficients de corrélation) de l'échantillon ($n = 28$).

	AAQ-II	BDI	WCC-R : soutien social
Schémas			
Abandon	−0,625	NS	NS
Isolement social	−0,41	NS	NS
Imperfection	−0,412	NS	−0,426
Manque affectif	−0,68	0,487	NS
Dépendance	NS	0,517	NS
Surcontrôle émotionnel	NS	0,534	−0,418
Manque d'autocontrôle	NS	0,555	NS
WCC-R			
Réévaluation positive	NS	−0,523	NS
AAQ-II	−0,389	NS	

de corrélation a été réalisée sur le groupe de sujets présentant un diagnostic d'anxiété généralisée. Puis, afin de comparer les résultats aux différents questionnaires (BDI-II, Questionnaire de Young, WCC-R et AAQ-II), le test non paramétrique de Kruskal Wallis a été appliqué (logiciel Statistica 8).

Pour cette analyse, différents groupes ont été constitués :

- selon le score à la BDI-II (groupe 1 = 0–11 ; groupe 2 = 12–27 ; groupe 3 ≥ 27) ;
- selon les cinq types de diagnostic (groupe 1 = trouble panique ; groupe 2 = agoraphobie ; groupe 3 = troubles obsessionnels compulsifs ; groupe 4 = anxiété généralisée ; groupe 5 = anxiété sociale),
- selon un regroupement de diagnostics (groupe 1 = trouble panique et agoraphobie ; groupe 2 = troubles obsessionnels compulsifs et anxiété sociale ; groupe 3 = anxiété généralisée).

La valeur p inférieure à 0,05 a été retenue pour démontrer la significativité statistique.

Résultats

Corrélations statistiques chez le groupe de patients

Les résultats des analyses de corrélations sont résumés dans les Tableaux 1 et 2.

Tableau 2 Résumés des corrélations statistiques pour le groupe « anxiété généralisée » (coefficients de corrélation).

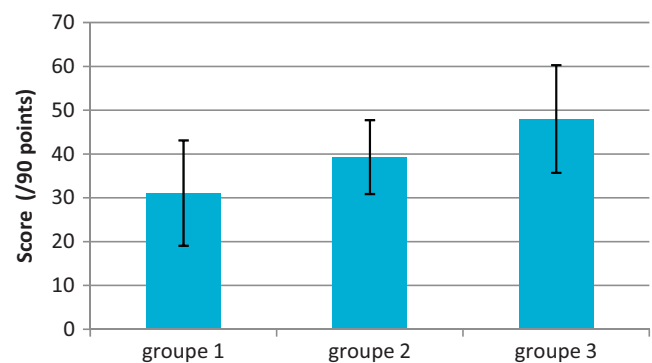
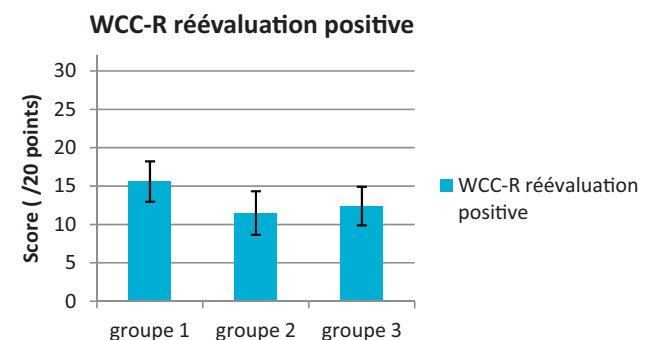
	Groupe d'anxiété généralisée	
	AAQ-II	BDI
WCC-R autoaccusation	−0,726*	
Schéma : abandon	−0,734*	
Schéma : idéaux exigeants		−0,624*

* $p < 0,05$.

Analyses de Kruskal Wallis

En fonction du score à la BDI-II

Les résultats au questionnaire de Young révèlent une différence significative uniquement pour le schéma « manque d'autocontrôle » ($H = 7,148$; $p < 0,05$). Le test des comparaisons multiples permet d'observer que la différence se situe entre le groupe 1 et le groupe 3 ($p = 0,038$) (Fig. 1). Une différence significative apparaît également au niveau du WCC-R : réévaluation positive ($H = 8,834$; $p < 0,05$), ce sont les groupes 1 et 2 qui diffèrent ($p = 0,016$) (Fig. 2).

**Figure 1** Score du schéma « manque d'autocontrôle » en fonction des 3 groupes (1 = 0–11 ; 2 = 12–27 ; 3 ≥ 27 points).**Figure 2** Score du WCC-R : réévaluation positive en fonction du score à la BDI-II (1 = 0–11 ; 2 = 12–27 ; 3 ≥ 27 points).

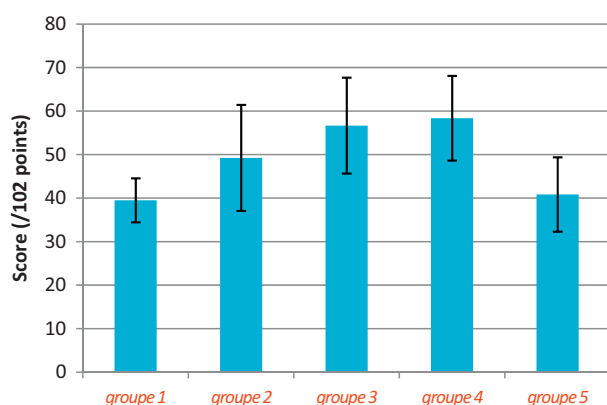


Figure 3 . Score du schéma « abnégation » selon les cinq types de diagnostic (1=troubles paniques, 2=agoraphobie, 3=troubles obsessionnels compulsifs, 4=anxiété généralisée, 5=anxiété sociale).

En fonction des cinq types de diagnostic

Seule une différence significative est observée pour le schéma « abnégation » ($H=13,356$; $p<0,05$), notamment entre le groupe 1 et 4 ($p=0,044$) et entre le groupe 4 et 5 ($p=0,041$) (Fig. 3).

En fonction du regroupement des troubles anxieux

Lors de cette analyse, trois groupes ont été constitués par regroupement de troubles anxieux.

Il a été constaté une différence significative pour le schéma « vulnérabilité » ($H=6,192$; $p<0,05$). L'analyse par comparaisons multiples montre une différence sensible entre le groupe 1 et le groupe 2, mais non significative ($p=0,073$).

De plus, les scores au schéma « abnégation » diffèrent de manière significative ($H=8,378$; $p<0,05$). La différence apparaît entre le groupe 1 et le groupe 3 ($p=0,028$).

Enfin, l'analyse montre une différence significative pour le schéma « dépendance/incompétence » ($H=6,168$; $p<0,05$), le test de comparaisons multiples permet d'identifier une différence sensible entre le groupe 1 et le groupe 2, mais non significative ($p=0,06$) (Fig. 4).

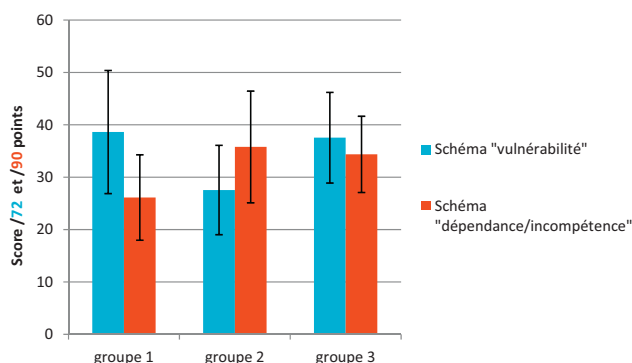


Figure 4 Score des schémas « vulnérabilité » et « dépendance/incompétence » en fonction du regroupement des troubles anxieux (1=troubles paniques + agoraphobie; 2=troubles obsessionnels compulsifs + anxiété sociale; 3=anxiété généralisée).

Discussion

Corrélations entre les schémas précoces inadaptés et la flexibilité psychologique

Quatre SPI (manque affectif, abandon, isolement social, imperfection) appartenant tous au domaine de « séparation/rejet » sont, en accord avec la littérature, corrélés négativement avec la flexibilité psychologique [22]. Par définition, plus la flexibilité psychologique est développée, mieux elle permet à l'individu de composer avec ses pensées et émotions néfastes, mais également de prendre du recul par rapport à ses croyances. Ainsi, un sujet cultive facilement des relations de confiance et satisfaisantes avec autrui, ce qui fait défaut dans l'activation des schémas du domaine de « séparation ».

Corrélations entre les schémas précoces inadaptés et les stratégies de coping

Plus l'activation des schémas « imperfection » et « surcontrôle émotionnel » est importante moins la recherche de soutien social est utilisée, ce qui confirme les travaux antérieurs [23]. Ce résultat se comprend par la signification même du schéma « imperfection », qui se traduit par un manque de confiance en soi et par la peur de comparaison à autrui. Il est donc compréhensible que ces individus ne cherchent pas à trouver de l'aide chez leurs semblables. Quant au schéma « surcontrôle émotionnel », sa description implique une hypervigilance vis-à-vis des émotions, mais aussi des autres. Une personne qui développe un tel schéma ne supporte pas l'idée de se confronter avec autrui, la recherche de soutien social ne sera alors pas une stratégie utilisée en cas de situation désagréable.

Corrélations entre les schémas précoces inadaptés et la BDI-II

Il apparaît un lien positif avec les schémas suivants : manque affectif, dépendance, surcontrôle émotionnel, manque d'autocontrôle. Ces résultats confortent les travaux précédents sur les relations entre les schémas et la dépression [24].

Corrélations entre la flexibilité psychologique, la BDI-II et les stratégies de coping

Les résultats montrent que plus la flexibilité psychologique est prégnante, moins la perspective d'être soumis à une symptomatologie dépressive est importante, ce qui conforte la littérature [25].

Corrélations chez le groupe « anxiété généralisée »

Pour le groupe « anxiété généralisée », le schéma « idéaux exigeants » se corrèle négativement avec les scores de la BDI-II. Ainsi, plus un sujet va présenter une activation importante de ce schéma, moins il sera enclin à présenter des symptômes dépressifs. De plus, la moyenne des scores

obtenus pour ce schéma se réfère à la classe la plus élevée énoncée dans les normes (de 40–96). Dès lors, le bénéfice du perfectionnisme n'est à considérer qu'à partir d'un seuil non négligeable. Cette donnée rentre dans le cadre de notre hypothèse qui consiste à souligner l'aspect positif de l'activation d'un schéma.

Analyses de Kruskal-Wallis selon le score à la BDI-II

Premièrement, il est observé une différence significative entre les trois groupes au niveau du score du schéma «manque d'autocontrôle». Plus l'intensité des symptômes dépressifs est sévère, plus ce schéma est activé. Une différence est aussi constatée pour une stratégie de *coping* : la réévaluation positive dont l'utilisation semble diminuer avec la sévérité des symptômes. Diverses recherches retrouvent cette constatation [26] en révélant que l'emploi de stratégies adaptées était moindre lors de symptômes dépressifs.

Analyses de Kruskal-Wallis selon les diagnostics

L'analyse des comparaisons des résultats entre les cinq groupes constituant cette étude a révélé uniquement une différence pour l'activation du schéma «abnégation». Le groupe constitué de sujets présentant une anxiété généralisée affiche le score le plus élevé comparativement aux autres groupes. Cependant, d'après une étude [27] qui établit les relations entre l'anxiété et les schémas précoces inadaptés, ce résultat paraît discutable. Dans ce travail, les schémas sont classés selon trois catégories : les schémas qui incluent l'anxiété dans leur définition, les schémas relatifs à une perte ou une crise relationnelle et les schémas qui se rapportent à une perte de l'intégrité de soi. Quatre schémas ne rentrent pas dans le cadre des définitions données ci-dessus dont le schéma «abnégation». Pour l'auteur, ce schéma est plutôt lié à la culpabilité, mais n'est pas en relation directe avec l'anxiété qui semble nécessiter une évaluation plus sensible. Toutefois, on peut aussi penser que le schéma «abnégation» entraîne une certaine fragilité en raison du sacrifice de soi qu'il impose au sujet, le poussant ainsi vers des symptômes d'anxiété, voire de dépression.

Analyses de Kruskal-Wallis selon le regroupement de diagnostics

Les résultats de cette analyse révèlent une différence pour les schémas «vulnérabilité», «abnégation» et «dépendance/incompétence». Pour le schéma «vulnérabilité», le groupe 1 affiche un score supérieur au groupe 2, ce qui permet de faire une distinction clinique. De plus, ce constat confirme les travaux antérieurs [7]. Le schéma «dépendance/incompétence» se révèle être plus activé pour le groupe 2 ce qui est en concordance avec la littérature [28].

Conclusion

Bien qu'il y ait des limites à ce travail, comme par exemple l'hétérogénéité concernant l'âge et la pathologie, il semble

que le lien ayant été établi entre le schéma «idéaux exigeants» et la sévérité des symptômes dépressifs pour le groupe «anxiété généralisée», mette en exergue notre idée principale qui consiste à tirer profit de l'activation d'un schéma. Cet aspect est novateur puisque aucune étude ne l'a précisé jusque-là et soulève de nouvelles interrogations : cet effet est-il spécifique à l'anxiété généralisée ? Attiser le perfectionnisme ancré dans le sujet dans une thérapie peut-il aider à réduire son trouble anxieux ? Ce travail de recherche qui vise à concevoir un aspect positif de l'activation de schémas précoces inadaptés ouvre des pistes pour les études ultérieures.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Publishing; 1994.
- [2] Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population. *Encephale* 2005;31(2):182–94.
- [3] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles: De Boeck; 2005.
- [4] Hawke LD, Provencher MD. Early maladaptive schemas in mood and anxiety disorders: a review. *J Cogn Psy* 2011;25(4):257–76.
- [5] Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goude-mand M, et al. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004;30(3):255–8.
- [6] Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Ther Res* 2006;30(5):571–84.
- [7] Hedley LM, Hoffart A, Sexton H. Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *J Cogn Psychother: an International Quarterly* 2001;15:131–42.
- [8] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: The Guilford press; 2003.
- [9] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
- [10] Mikulincer M, Solomon Z. Causal attribution, coping strategies and combat-related post-traumatic stress disorder. *Eur J Personality* 1989;3:269–84.
- [11] Livemont D, Streel E, Gozlan S, Meert A, Pelc I, Verbanck P. Stratégies de *coping* et phobies sociales : apport des thérapies de groupe. *Acta Psychiatr Belg* 2007;2:3–8.
- [12] Monestes JL, Villatte M, Loas G. Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *J Ther Comport Cogn* 2009;19(1):30–4.
- [13] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: The Guilford press; 1999.
- [14] Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 2006;37(1):3–13.
- [15] Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behav Modif* 2007;31(5):543–68.

- [16] Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(6):1083–9.
- [17] Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, inventaire de dépression de Beck. Paris: Édition du centre de psychologie appliquée; 1996.
- [18] Monestès JL, Vilatte M, Mouras H, Loas G, Bond F. Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Eur Rev. Appl Psychol* 2009;59: 301–8.
- [19] Paulhan I, Nuissier J, Quintard B, Cousson F, Bourgeois M. The measurement of "coping": French translation and validation of the Vitaliano's scale (Vitaliano et al., 1985). *Ann Med Psychol* 1994;152(5):292–9.
- [20] Young JE, Brown G. Questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3). New York: Schema therapy institute; 2005.
- [21] Cottraux J, Blackburn IM. Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité, 2^e édition. Paris: Masson; 2006.
- [22] Cousineau P. La thérapie des schémas. *Psychol Que* 2010;27(5):33–4.
- [23] Bailleux S, Romo L, Kindynis S, Radtchenko A, Debray Q. Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation (chez des patients alcoolodépendants et des patients déprimés). *J Ther Comport Cogn* 2008;18:19–25.
- [24] Walburg V, Cormier A, Jourda B, Laros C, Callahan S. L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression. *J Ther Comport Cogn* 2008;18(1):8–10.
- [25] Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression. *Behav Modif* 2011;35(3):265–83.
- [26] Thompson RJ, Mata J, Jaeggi SM, Buschkuhl M, Jonides J, Gotlib IH. Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: variations across age and depressive state. *Behav Res Ther* 2010;48(6):459–66.
- [27] Cousineau P. Y a-t-il des schémas précoces inadaptés prédisposant à l'anxiété? *Sant Ment Que* 2004;29(1):53–60.
- [28] Emilien G, Durlach C, Fontaine-Delmotte M, Fontaine O, Boyer P. L'anxiété sociale. Belgique: Mardaga; 2003.