Document generated on 06/01/2025 6:27 a.m.

Santé mentale au Québec

Thérapie des schémas – ACT – Pleine conscience
Schema Therapy – ACT – Mindfulness

Pierre Cousineau, Ph. D. and Thanh-Lan Ngô, MD, M.Sc, FRCPC

Volume 38, Number 2, Fall 2013

Pleine conscience et psychiatrie

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1023996ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1023996ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Cousineau, P. & Ngô, T.-L. (2013). Thérapie des schémas – ACT – Pleine conscience. *Santé mentale au Québec*, *38*(2), 195–213. https://doi.org/10.7202/1023996ar

Article abstract

Objective: For schema therapy, significant weight is given to early experiences of social life. They lead to the creation of memories, largely implicit. These memories are reactivated in specific contexts and are often managed through dysfunctional strategies. Schema therapy seeks to modify these memories categorized as patterns. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), meanwhile, aims to transform our reactions linked to our learning history and to develop a greater flexibility taking into account what occurs in the present moment. Several techniques originate from the mindfulness tradition and seek to transform the individual into a witness of his own experience, rather than someone acting out patterns based on his learning history. Despite their different paradigms, it is possible to combine these approaches. As schemas manifest through somatic reactions, thoughts, affects, action tendencies, it becomes possible to try to change the relationship between the individual and these private experiences through the use of mindfulness, philosophical concepts and techniques derived from ACT. This is the aim of this article. *Method:* Essay presenting the use of a schema mindfulness flash card to help patients tolerate intense affects generated by the activation of schemas and to attain greater adaptive flexibility (Healthy Adult mode). *Conclusion:* It is possible to integrate ACT techniques and concept to schema therapy in order to facilitate adaptive flexibility.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2013

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Thérapie des schémas – ACT – Pleine conscience

Pierre Cousineau, Ph. D.[a]

Thanh-Lan Ngô, MD, M.Sc, FRCPC[b]

RÉSUMÉ Pour la thérapie des schémas, les premières expériences de la vie relationnelle sont primordiales. Elles mènent à la création de mémoires, en grande partie implicite. Par la suite, ces mémoires sont réactivées dans des contextes spécifiques, et très souvent gérées à travers des stratégies qualifiées de dysfonctionnelles. La thérapie des schémas cherche à modifier ces mémoires définies comme schémas. La thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy-ACT), de son côté, vise à modifier le rapport avec nos réactions découlant de nos histoires d'apprentissage et à développer une plus grande flexibilité par rapport aux expériences internes comme les pensées, les sensations et les émotions. Plusieurs de ses outils sont inspirés des méthodes de pleine conscience qui cherchent à favoriser la position de témoin de l'individu relativement à sa propre expérience. Malgré leurs paradigmes de départ différents, il est possible de faire jouer ensemble ces différentes approches. Le schéma se manifestant à travers des réactions somatiques, des pensées, des affects, des tendances à l'action, il devient possible de chercher à changer notre rapport à ceux-ci avec la philosophie et les méthodes de la thérapie ACT, notamment la pleine conscience. Cet article présente une réflexion théorique sur l'intégration des principes de la troisième vague à la thérapie des schémas.

MOTS CLÉS thérapie des schémas, schémas précoces inadaptés, thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT, fiche mémo, pleine conscience

Schema Therapy – ACT – Mindfulness

ABSTRACT ***Objective:*** For schema therapy, significant weight is given to early experiences of social life. They lead to the creation of memories, largely implicit. These memories are reactivated in specific contexts and are often managed through dysfunctional strategies. Schema therapy seeks to modify these memories catego-

a. Bureau privé
b. Université de Montréal

rized as patterns. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), meanwhile, aims to transform our reactions linked to our learning history and to develop a greater flexibility taking into account what occurs in the present moment. Several techniques originate from the mindfulness tradition and seek to transform the individual into a witness of his own experience, rather than someone acting out patterns based on his learning history. Despite their different paradigms, it is possible to combine these approaches. As schemas manifest through somatic reactions, thoughts, affects, action tendencies, it becomes possible to try to change the relationship between the individual and these private experiences through the use of mindfulness, philosophical concepts and techniques derived from ACT. This is the aim of this article. ***Method:*** Essay presenting the use of a schema mindfulness flash card to help patients tolerate intense affects generated by the activation of schemas and to attain greater adaptive flexibility (Healthy Adult mode). ***Conclusion:*** It is possible to integrate ACT techniques and concept to schema therapy in order to facilitate adaptive flexibility.

KEYWORDS schema therapy, early maladaptive schemas, schema flashcard, Acceptance and commitment therapy, ACT, mindfulness

Introduction

Hayes (2004) décrit trois vagues successives en thérapie comportementale. La première vague est la thérapie comportementale traditionnelle qui se développe dans les années 1950 et 1960. Celle-ci s'appuie sur les principes du conditionnement classique et opérant. Elle comprend trois étapes, soit l'observation, la prédiction et la modification des comportements. La deuxième vague est la thérapie cognitivo-comportementale qui cible l'évaluation et la modification des pensées dysfonctionnelles. Elle bénéficie d'un appui empirique important et est reconnue efficace pour le traitement de la dépression, du trouble bipolaire, des troubles anxieux, des troubles alimentaires, des abus de substance, de la schizophrénie et du trouble bipolaire par l'Association américaine de psychologie[1] (APA). Les approches de la troisième vague, basées sur la pleine conscience et l'acceptation, cherchent à modifier le rapport entre la personne et ses expériences intérieures (i. e. les émotions, pensées et sensations corporelles) plutôt qu'à modifier le contenu de ces expériences (p. ex., ce que l'individu pense). Par l'enseignement des tech-

1. Voir www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments.html

niques méditatives, elles permettent de contrer l'évitement expérientiel qui contribue au maintien de la psychopathologie (p. ex., Wenzlaff et Wegner, 2000) et offrent une alternative aux processus cognitifs persévératifs tels que les ruminations ou les inquiétudes qui amplifient les émotions (p. ex., Watkins, 2004). Elles visent un élargissement du répertoire comportemental de la personne afin d'améliorer son fonctionnement général et sa qualité de vie. Ces approches sont de plus en plus répandues et reconnues efficaces (voir Ngô, 2014, dans ce numéro). Elles proposent des nouvelles techniques d'intervention qui permettent d'optimiser les approches cognitivo-comportementales de la deuxième vague (p. ex., Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry et Cousineau, 2010), telle la thérapie des schémas. Le présent article décrit une façon d'incorporer des concepts et techniques dérivés de l'ACT, une des approches représentatives de la troisième vague, à la thérapie des schémas. Il présente brièvement la thérapie des schémas, une thérapie intégrative qui est proposée par Jeffrey Young (1990) en réponse aux limites de l'approche traditionnelle en TCC. Il décrit ensuite l'approche ACT et explique comment l'utilisation d'un nouvel outil, la Fiche Mémo Pleine Conscience qui s'inspire des concepts et techniques de l'ACT et des interventions fondées sur la pleine conscience en général, pourrait intervenir sur la mémoire implicite où sont encodés plusieurs aspects des schémas.

La thérapie des schémas

La thérapie des schémas a été développée par Jeffrey Young (Young, 1990) pour traiter les troubles de personnalité et d'autres troubles mentaux chroniques. Il s'agit d'une thérapie basée sur le modèle cognitivo-comportemental qui incorpore depuis ses débuts des concepts et des techniques qui proviennent de différentes écoles de pensée (p. ex., théorie de l'attachement, techniques gestaltistes, neurosciences) afin d'aider les gens qui ne répondent pas bien à la thérapie cognitivo-comportementale classique (Edwards et Arntz, 2012). En effet, Young constate que plusieurs patients (i. e. ceux qui présentent des problèmes vagues ou diffus, une rigidité cognitive, une difficulté à identifier des émotions et/ou un style interpersonnel qui nuit à l'alliance thérapeutique) ont de la difficulté à adhérer à l'approche cognitive traditionnelle car celle-ci cible des problèmes spécifiques, vise la modification des cognitions dysfonctionnelles via des techniques cognitives et comportementales, et requiert une participation active aux tâches à domicile.

La thérapie des schémas vise donc un changement à travers l'application de techniques variées (cognitives, comportementales, expérientielles et relationnelles) à la relation thérapeutique, à la vie quotidienne à l'extérieur du cadre thérapeutique (par l'assignation de tâches à domicile) et aux expériences passées. Elle est reconnue efficace pour le traitement du trouble de personnalité limite (Giesen-Bloo *et al.*, 2006 ; Nardort *et al.*, 2009 ; Farrell, Shaw et Weber, 2009). Par contre, l'étude de Giesen-Bloo *et al.* (2006) qui la compare favorablement à la thérapie focalisée sur le transfert (Clarkins, Yeomans et Kernberg, 1999) démontre qu'il s'agit d'un traitement intensif (trois ans à raison de deux sessions par semaine) qui comporte un certain taux d'abandon (25 %) et amène un taux de récupération limité (45,5 % des participants dans la même étude) pour cette population réputée difficile à traiter. Dans ce contexte, les cliniciens œuvrant dans ce domaine sont à la recherche de façons d'améliorer l'efficacité et l'efficience de cette intervention.

Ainsi, inspirés par l'essor de la troisième vague en thérapie cognitivo-comportementale (Hayes, 2004a ; 2004b ; Ngô, 2014a) dont la thérapie d'acceptation et d'engagement (Acceptance and Commitment Therapy ou l'acronyme ACT) fait partie (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012) et par l'incorporation de la méditation de pleine conscience en psychothérapie (Hayes, Follette et Linehan, 2004 ; Germer, Siegel, et Fulton, 2005 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Segal, Williams et Teasdale, 2001), certains cliniciens réfléchissent à l'intégration des stratégies de pleine conscience et d'ACT à la thérapie des schémas (par exemple, Cousineau, 2012 ; Parfy, 2012 ; Bricker et Labin, 2012 ; Roediger, 2012). Ces suggestions d'adaptation n'ont pas encore fait l'objet de recherches évaluatives mais peuvent présenter un intérêt clinique pour contrer l'évitement expérientiel qui nuit à la gestion et à la modification du rapport aux schémas, l'objectif principal de ce type de thérapie.

Schémas et modes

Les schémas et les modes sont deux concepts centraux dans l'approche de Young. Les schémas, terme qui a remplacé « schémas précoces inadaptés » dans la littérature récente, sont des « mémoires constituées de sensations corporelles, de biais perceptuels, d'affects, d'émotions, de tendances à l'action, de cognitions, de sentiments, d'états subjectifs et de souvenirs narratifs rapportés dans une histoire présentant un certain niveau de cohérence » (Cousineau, 2012). Comme les émotions, cognitions et actions s'influencent mutuellement dans de multiples

boucles de rétroaction, il serait difficile d'établir une séquence strictement linéaire de leurs activations distinctives. Par ailleurs, les schémas se développent dans l'enfance lorsque les besoins fondamentaux (p. ex., de sécurité, de validation, d'autonomie, de spontanéité et de limites réalistes) n'ont pas reçu de réponses suffisantes. Ils amènent l'individu à se comporter comme si les schémas représentaient une réalité (capitulation face au schéma) ou à développer des patrons d'évitement et de compensation afin de contrer l'activation du schéma. Ces patrons comportementaux peuvent devenir surgénéralisés, rigides et diminuer la capacité à agir de façon adaptée au contexte. Young décrit dix-huit schémas qui correspondent aux patrons interpersonnels et intrapersonnels les plus fréquemment rencontrés en clinique (p. ex., l'abandon, l'imperfection, la carence affective…).

Les modes, quant à eux, sont des états subjectifs et des patrons comportementaux globaux qui dominent l'espace psychologique d'une personne à un moment donné lorsque le schéma est activé (par exemple être paralysé dans un état de terreur). Ils correspondent à différentes facettes du Soi. Ils fluctuent dans le temps et, chez certains troubles de personnalité (par exemple chez le trouble de personnalité limite), la transition d'un mode à l'autre peut être abrupte.

La thérapie des schémas a pour objectif de diminuer l'influence des schémas précoces et des modes inadaptés sur le comportement de l'individu tout en renforçant le mode de l'Adulte sain[2] par l'application de techniques cognitives (p. ex., reconnaître et nommer les schémas et les modes), comportementales (p. ex., expériences comportementales), expérientielles (p. ex., interactions correctrices avec des personnes significatives en imagerie mentale) et relationnelles (p. ex., reparentage, c'est-à-dire offrir au patient, dans le cadre de la relation thérapeutique, une partie de l'investissement parental de base qu'il n'a pas reçu).

2. Lorsque l'individu fonctionne dans ce mode, il se conduit comme un adulte responsable qui, tout en tenant compte de la réalité des autres, se laisse guider par ses besoins, ses intérêts et ses valeurs.

ENCADRÉ 1 Illustration clinique des concepts de schémas et de modes

Dans la thérapie des schémas, on comprend que le sentiment de jalousie repose sur un amalgame des schémas Abandon (i. e. crainte d'être abandonné) et Imperfection (i. e. crainte de ne pas être à la hauteur ou de ne pas être aimable). Par exemple, Jean est très sensible à la moindre attention que sa conjointe porte à un autre homme dans des contextes qui apparaîtraient anecdotiques à plusieurs. Il éprouve, selon les circonstances, soit une émotion de panique (mode Enfant Vulnérable – tendance à figer), soit une émotion de rage (mode Enfant en Colère – tendance à vouloir attaquer), ce qui définit son état subjectif ponctuel. Ces émotions de panique ou de rage sont ressenties dans son corps. Il en décrit les sensations par l'analogie suivante : « une douleur aiguë, comme si un couteau me transperçait l'abdomen ». Notons que cette description nécessite une intervention verbale (niveau cognitif). De plus, le langage étant organisé dans un souci de cohérence (afin d'aider l'individu à comprendre ce qui lui arrive), il amènera probablement Jean à structurer le tout dans une histoire : « je ne suis pas une personne intéressante ; tout autre homme sera plus attirant que moi » (schéma Imperfection), « cet homme utilise des moyens déloyaux pour séduire ma femme » (contre-attaque aux schémas Abandon et Imperfection).

Ici, le schéma Abandon s'exprime sous deux axes, la vulnérabilité (panique) ou la colère (rage). Ils sont qualifiés de mode de l'Enfant Vulnérable et de mode de l'Enfant en Colère. Le terme « Enfant » est employé parce que l'état subjectif de Jean est *affectivement similaire* à celui d'un enfant qui réagit par de la détresse ou de la colère (les deux réactions affectives primaires disponibles) au fait d'être abandonné. C'est littéralement une mémoire d'un état antérieur qui est réactivé (un écho du passé). Dans le cas d'un enfant, de façon optimale, le soutien à la régulation émotionnelle viendrait d'un parent bienveillant. Cet apprentissage à la régulation émotionnelle n'ayant pas été fait, Jean a une réaction démesurée lorsque son schéma abandon est activé. Cela devient un objectif de l'intervention thérapeutique. Lorsque Jean en deviendra capable, il sera alors en mode Adulte Sain : il régulera de lui-même sa réaction primaire.

Mais Jean aurait pu tenter de réguler sa réaction première par une autre stratégie issue de son histoire, soit l'évitement à travers l'utilisation d'une substance (se précipiter vers le bar pour « tenter de noyer sa douleur ») – il s'agirait du mode Protecteur Détaché (une stratégie d'évitement expérientiel). L'alcool pourrait effectivement diminuer l'intensité de la douleur mais pourrait aussi engendrer des conséquences fâcheuses telles que le mécontentement de sa conjointe. La stratégie aurait aussi pu rater sa cible et, en diminuant le seuil de réactivité à la colère, le faire basculer en mode Enfant Impulsif (aller frapper l'homme en conversation avec sa femme). Le lendemain de ce dérapage, il aurait pu passer à une auto-agression en se traitant des pires invectives (imbécile, sans allure, méprisable, etc.) – c'est le mode Parent Punitif.

Or, comme avec celui des schémas, les clients peuvent rapidement apprendre à décrire leur expérience à travers le langage des modes. Encore ici, cette forme

de mentalisation offre la possibilité d'un ancrage relativement à des expériences en apparence chaotiques. Ainsi Jean passe du mode Enfant Vulnérable au mode Enfant en Colère, au mode Protecteur Détaché, au mode Enfant Impulsif, au mode Parent Punitif. Il s'agit d'une intervention plus utile que de se décrire, par exemple, comme « une personne méprisable ».

Gestion et modification des schémas : limites du modèle cognitivo-comportemental traditionnel

Lorsqu'un schéma est prégnant[3], les thérapeutes auront vite fait d'observer qu'il sera très difficile de le modifier à partir de techniques cognitives de deuxième vague comme le questionnement socratique. L'individu réalise que le schéma n'est pas un reflet fidèle de la réalité mais il a l'impression d'être incapable d'avoir une emprise sur lui. Il pourra dire qu'il « comprend mais que cela ne change pas comment il se sent ».

Une notion qui permet de comprendre pourquoi la réévaluation cognitive ne suffit pas pour modifier le schéma est la distinction entre mémoire implicite et explicite (p. ex., Bucci, 1997 ; Grawe, 2004 ; Siegel, 2012). La mémoire implicite est reliée aux sensations somatiques, aux émotions, aux catégories perceptuelles, aux modèles mentaux, aux tendances et réponses comportementales. Par exemple, une personne peut éprouver une attirance ou une répulsion pour quelqu'un qu'elle rencontre pour la première fois sans savoir pourquoi. En effet, le conditionnement classique ou répondant fait appel à la mémoire implicite : il est créé par simple association et ne nécessite aucune interposition de la conscience ou du langage.

Par ailleurs, la mémoire explicite est fortement liée au langage. Elle se subdivise en deux catégories : la mémoire conceptuelle (ou sémantique) et la mémoire narrative (ou autobiographique). La mémoire conceptuelle porte sur une catégorisation à partir de caractéristiques perceptuelles ou d'autres dimensions. Par exemple, la distinction entre humains, animaux et plantes, ou encore la rétention d'une date anniversaire sont associées à la mémoire conceptuelle. La mémoire autobiographique est celle qui permet le rappel des événements de la vie antérieure. C'est le langage qui permet l'organisation de la mémoire implicite dans une séquence narrative, l'histoire que la personne se raconte et celle

3. Définition de prégnance dans le dictionnaire Antidote : « caractère de ce qui s'impose à l'esprit avec beaucoup de force ».

ENCADRÉ 2 Illustration clinique des limites de l'approche cognitivo-comportementale traditionnelle pour modifier les schémas

Le thérapeute effectue un questionnement socratique afin de vérifier si, dans cette situation, la peur d'être abandonné est fondée sur des faits. Jean réplique que lorsqu'il n'est pas dans un contexte qui réactive ses schémas Abandon et Imperfection, il est tout à fait capable de reconnaître la façon dont il déforme la réalité, qu'à un certain niveau, il est conscient qu'aucun indice objectif ne justifie sa crainte d'être abandonné par sa conjointe pour un autre homme. Mais, lorsque le couple va à un événement social en présence d'inconnus, « c'est plus fort que moi ; l'émotion l'emporte sur la raison – alors, que puis-je faire dans de tels moments ? »

qu'elle raconte aux autres (« Je ne suis pas une personne intéressante… Cet homme est un séducteur malhonnête… C'est plus fort que moi… »). Notons que les constructivistes considèrent la narration comme une action (élaboration de sens, nécessité de cohérence) plutôt qu'une représentation fidèle de la réalité (Neimeyer et Raskin, 2000).

Ces définitions permettent de comprendre que l'organisation implicite de l'information a un mode de fonctionnement différent de la linéarité du langage narratif (par exemple, les liens associatifs lâches de la rêverie éveillée versus la nécessité de cohérence du discours – voir Hartmann, 2011) et que le langage n'est pas un gage de description fidèle de la réalité subjective de la personne.

À notre avis, ces faits permettent d'expliquer la tendance lourde chez les thérapeutes des schémas à s'appuyer principalement sur des techniques expérientielles et relationnelles dans leurs interventions (Young, Klosko et Weishaar, 2003 ; Arntz et van Genderen, 2009) pour modifier les schémas en partie encodés dans la mémoire implicite. D'autres méthodes et concepts, inspirés par les approches de la troisième vague, peuvent également être utilisés à cette fin.

Application de concepts et techniques de la thérapie d'acceptation et d'engagement à la thérapie des schémas

Fondée sur le béhaviorisme radical, l'approche ACT (Hayes *et al.*, 2012) a développé une théorie de langage, la théorie des cadres relationnels. Celle-ci conclut que le langage consiste essentiellement en l'application

de cadres relationnels sur la réalité perçue par les organes sensoriels. Ces cadres relationnels permettent des relations dérivées qui peuvent s'éloigner de plus en plus de la réalité perceptuelle (Hayes, Barnes-Holmes et Roche, 2001 ; Törneke, 2010). Par exemple, il est possible de déterminer visuellement si un individu est plus grand qu'un autre (caractéristique perceptuelle). Mais dans les monnaies canadienne et américaine, même si une pièce de 10 cents est physiquement plus petite qu'une pièce de 5 cents, la première est de plus grande valeur que la deuxième. C'est un exemple d'application d'un cadre relationnel. Le cadre « plus grand que » s'applique à partir d'un critère défini arbitrairement. Lorsqu'un cadre relationnel arbitraire est partagé à l'intérieur d'un groupe, il produit l'illusion de décrire une réalité objective ; ceci est appelé fusion dans l'approche ACT, le symbole utilisé devient un fait[4].

Plusieurs relations appliquées dans une société sont des relations arbitraires. Selon la théorie des cadres relationnels, le langage est contextuel et ne devrait jamais être pris au premier degré. Selon Hayes *et al.* (2012), ce ne sont pas les mots mais la fusion cognitive (i. e. la tendance d'une personne à considérer le contenu de ses pensées comme s'il était le reflet de la réalité) qui crée la psychopathologie. Dans l'ACT, plusieurs techniques (p. ex., la technique « milk, milk, milk » qui consiste à répéter ce mot sur différents tons, à des rythmes différents jusqu'à ce qu'il perde son sens) permettent de favoriser la défusion cognitive (i. e. percevoir les pensées, les images, les émotions et les souvenirs tels qu'ils sont plutôt que comme ils se présentent). Par la défusion cognitive, l'individu peut réaliser que les règles (p. ex., « ma conjointe ne devrait jamais parler à d'autres hommes ») et les étiquettes (p. ex., « je ne suis pas aimable ») sont arbitraires et qu'il est possible de ne pas y adhérer de façon automatique.

Hayes *et al.* (2012) considèrent également que l'évitement expérientiel, soit la tentative de changer, éviter, éliminer des pensées, émotions ou sensations physiques indésirables contribue à la genèse et au maintien du problème. Il mène, entre autres, à une amplification des expériences internes et à un appauvrissement du répertoire comportemental. Par l'enseignement de techniques de méditation de la pleine conscience, le thérapeute ACT favorise l'acceptation, le contact avec le moment

4. Par exemple, les gens qui sont contre nous sont des méchants. Ce qui en fait est une caractéristique interactionnelle (ils nous dérangent, ils nous font peur, ils font obstacle à nos intérêts) devient une caractéristique ontologique, soit leur nature est d'être méchants.

ENCADRÉ 3 Illustration clinique du concept de fusion cognitive

Revenons à Jean, notre individu venu consulter parce qu'il disait souffrir de « jalousie excessive ». Quel est le stimulus qui a un contrôle sur son expérience et sur son comportement lors d'une soirée mondaine ? Entre autres possibilités, la perception visuelle de sa conjointe parlant avec un autre homme, le schéma Abandon activé (appréhension préverbale de l'ordre d'un pressentiment), les sensations somatiques déclenchées, la tendance à l'action (intervenir), le discours intérieur qui accompagne le schéma (« elle va certainement me tromper »), une règle verbale (« elle ne devrait pas se retrouver dans une conversation privée avec un autre homme »). Il est facile de saisir que l'orientation théorique du thérapeute va jouer pour beaucoup dans la détection du stimulus ayant un contrôle dans cette situation (i. e. celui qui détermine le comportement) et conséquemment sur le choix d'une cible d'intervention.

Qu'en serait-il d'un thérapeute des schémas ? La définition du problème comme étant une « jalousie excessive » serait recadrée en termes de réactivation des schémas Abandon et Imperfection (une narration différente de celle du client en quelque sorte). En d'autres mots, un patron émotionnel acquis dans son histoire personnelle a été réactivé dans un contexte répondant à certaines caractéristiques (présence d'autres hommes lors d'une soirée mondaine). Plus la réaction émotionnelle est intense, plus la perception évoluera vers une conviction (prégnance du niveau implicite de traitement de l'information) : « elle va me tromper, c'est évident ». L'expression « vérité émotionnelle » a été utilisée pour décrire ce niveau de conviction fondée sur notre expérience (ce que l'on ressent et le sens qu'on lui donne) plutôt que sur des données objectivables (Ecker, Ticic et Hulley, 2012). Dans ce cas, un thérapeute ACT aurait pu encourager Jean à se dire : « En ce moment, je me dis que ma conjointe va me tromper » puis, plus tard : « Je suis conscient qu'actuellement, je suis en train de me dire qu'elle va me tromper. »Cette simple technique pourrait diminuer l'emprise du schéma sur lui.

présent et le développement du soi observateur afin que la personne soit en mesure d'agir selon ses valeurs et de construire une « vie qui vaut la peine d'être vécue ».

Utilisées dans le cadre de la thérapie des schémas, ces techniques peuvent également aider l'individu à faire face aux orages émotionnels qui se produisent lorsqu'un schéma est activé, au moment où ils se produisent alors qu'il est capable d'en percevoir le côté démesuré et dysfonctionnel (p. ex., la conjointe de Jean menace maintenant de le laisser) lorsqu'il est dans des contextes différents.

Nous pensons que dans ce type de situation, l'approche ACT peut être d'un apport intéressant à la thérapie des schémas. Que faire avec

l'expérience prégnante d'un schéma réactivé lorsqu'il produit cette illusion de vérité (la vérité émotionnelle) ?

Dans la deuxième édition du livre qui avait marqué l'amorçage de la thérapie ACT, nous retrouvons l'énoncé suivant[5] (Hayes *et al.*, 2012) :

> Nos réponses émotionnelles (humaines) sont de simples échos à notre histoire personnelle réactivée au présent par le contexte actuel. Si nos réactions sont enracinées dans notre histoire et si elles sont devenues nos ennemies, alors notre propre histoire est devenue notre ennemie. Et, il n'y a pas de techniques efficaces pour faire disparaître l'histoire d'une personne, du moins pas d'une façon sélective. (Hayes *et al.*]2012], p. 76-77 dans l'édition Kindle – traduction libre ; le texte original se retrouve à la note de bas de page)

Les approches de la troisième vague font une place importante à la position témoin de sa propre expérience (soi-en-contexte), une attitude héritée de la tradition millénaire des techniques méditatives (Hayes, Follette et Linehan, 2004). La mentalisation[6] de notre expérience (voir Fonagy, Gergely, Jurist et Target. 2002) favorise cette prise de perspective. L'approche des schémas permet également d'adopter la position témoin en fournissant une nomenclature qui permet de décrire l'expérience. En effet, les dix-huit schémas (Young *et al.*, 2003 ; Cousineau, 2008) décrivant des patrons cognitifs, affectifs et comportementaux traduisent des expériences humaines partagées par plusieurs[7] : Abandon, Carence affective, Méfiance/Abus, Isolement social, Imperfection,

---

5. « Human emotional responses are just echoes of our own history being brought into the present by the current context. If our reactions are rooted in our history and our reactions are our enemies, then our history has become our enemy. There are no good technologies for removing a person's history, at least not selectively. »
6. La capacité de percevoir et d'interpréter notre comportement et celui des autres en termes d'états mentaux ; notre relation au monde se faisant à travers ces états mentaux. Les schémas deviennent une façon de décrire la spécificité d'un état mental dans certains contextes. Dans notre exemple avec Jean, le comportement éventuel de sa conjointe est interprété à travers son schéma Abandon qui se manifeste en mode Enfant Vulnérable ou en mode Enfant en Colère (deux états mentaux qui vont déterminer le sens donné à la situation ainsi que l'action probable).
7. Notre expérience de clinicien et de formateur dans plusieurs pays nous a permis de constater une certaine universalité de la pertinence de cette forme de narration de notre expérience. Notre position constructiviste nous met par ailleurs en garde de le prendre comme une réalité : le concept de schéma apparaît tout de même s'avérer un excellent outil de mentalisation tout en n'étant évidemment pas le seul.

Échec, Assujettissement, Exigences élevées, Punition, etc. Se dire « c'est mon schéma Abandon qui me fait réagir actuellement » permet un recadrage de la perception comme étant un « simple écho à notre histoire personnelle réactivée au présent par le contexte actuel » (voir plus haut la citation de Hayes *et al.*, 2012). Cette mise en perspective ne peut que favoriser la possibilité de défusion (i. e. prendre du recul et voir les pensées comme étant des pensées).

En bref, dans la thérapie des schémas, l'individu est amené à observer l'éclosion des patrons cognitifs, émotionnels et comportementaux, tout en se décrivant « c'est mon schéma X qui est réactivé actuellement ». Ceci permet d'améliorer la régulation émotionnelle et de choisir d'agir de façon fonctionnelle.

ENCADRÉ 4 Illustration clinique du concept soi-en-contexte

Jean mentalise son expérience en notant l'apparition de son sentiment de jalousie tout en se disant : « C'est mon schéma Abandon qui est réactivé actuellement. » Sans porter de jugement, il observe ses pensées, ses émotions et ses tendances à l'action tout en restant ancré dans la respiration. Il décide alors d'éviter d'accabler sa conjointe de reproches. Ainsi, ses réactions de jalousie ne constituent plus l'unique définition qu'il pourrait faire de lui-même.

Finalement, comme la réactivation des schémas et des modes est associée à des tendances à l'action qui amènent l'individu à répéter certains patrons cognitifs, affectifs et comportementaux qui maintiennent la prégnance des schémas, Young (Young *et al.*, 2003) a développé une Fiche Mémo des Schémas. Celle-ci permet à l'individu de se désidentifier du schéma en le nommant et en effectuant un recadrage cognitif, puis de choisir des stratégies plus efficaces pour satisfaire ses besoins. Afin d'améliorer l'efficacité de cet outil, le premier auteur l'a modifié pour incorporer des méthodes et des concepts de la thérapie ACT.

La fiche mémo pleine conscience

La fiche mémo pleine conscience (Cousineau, 2010 ; Dionne, Blais, Boisvert, Beaudry et Cousineau, 2010 ; Cousineau, 2012) est une adaptation de la fiche créée par Young. Elle a pour objectif d'aider l'individu à composer avec une réaction récurrente fondée sur la réactivation d'un schéma (manifestée à l'intérieur d'un mode), réaction qui est devenue

dysfonctionnelle pour la personne. Dans l'exemple de Jean, c'est une première façon de répondre à sa demande d'aide qui s'exprime par : « C'est plus fort que moi ; l'émotion l'emporte sur la raison – alors, que puis-je faire dans de tels moments ? »

La fiche mémo pleine conscience s'engage dans ce défi à travers les objectifs suivants :

(1) Augmenter la tolérance à l'intensité émotionnelle associée à la réactivation du schéma afin d'en atténuer la prégnance et par conséquent la poussée de la tendance à l'action.

(2) Soutenir la mentalisation des processus cognitifs (passage de la mémoire implicite à explicite) par le recours aux concepts des schémas et des modes pour décrire son expérience.

(3) Favoriser une compréhension plus flexible et fonctionnelle de la situation qui permettra un choix d'action en lien avec les besoins et les valeurs de la personne.

(4) De ce choix d'action adaptée, passer à l'action afin de gérer (i. e. identifier le schéma puis bloquer la tendance à l'action correspondante) puis, éventuellement, modifier l'expérience du schéma (i. e. le ressenti).

Cette fiche comporte quatre étapes : (1) observer et s'exposer aux manifestations de la réactivation du schéma (les pensées, émotions, sensations corporelles et tendances à l'action) ; (2) identifier le schéma réactivé et faire le lien avec le passé (défusion cognitive) ; (3) choisir les stratégies fonctionnelles qui rapprocheront la personne de ses valeurs et qui lui permettront de combler ses besoins en faisant intervenir son jugement éclairé ; et (4) passer à l'action. Voici une description plus détaillée de ces étapes :

1) **Exposition en pleine conscience aux émotions**. La fiche mémo pleine conscience met d'abord l'accent sur une meilleure tolérance de l'intensité émotionnelle. Celle-ci favorise la régulation des émotions. Le thérapeute demande à la personne de rester en contact un certain temps (2, 5, 10 minutes selon le stade) avec les manifestations somatiques de la réponse émotionnelle en simple position d'observation. La personne pourrait se dire, par exemple, « je ressens une douleur intense dans mon ventre, une pression à la base de ma poitrine ». Même s'il est important de souligner qu'on ne vise aucun état subjectif particulier, il n'est pas rare que cet exercice diminue l'intensité émotionnelle. Au minimum, il favorise l'accoutumance à cet état. Cet exercice présente aussi l'avantage de diminuer le recours à des stratégies mentales pour tenter d'expliquer ou de changer l'état subjectif. En effet, l'ACT a

régulièrement démontré l'efficacité souvent limitée de ces stratégies (p. ex., Hayes *et al.*, 2012 ; Hayes et Smith, 2005).

2) **Identification du schéma et hypothèse sur son origine**. La description de l'expérience à travers des concepts comme les modes et les schémas permet d'en favoriser la mentalisation. La personne commence à saisir que sa réaction aux événements repose en grande partie sur ses états mentaux (i. e. le mode de traitement de l'information). Or, certains patrons cognitifs, affectifs et comportementaux font plus écho à notre histoire qu'à une analyse rigoureuse de la situation actuelle. Les schémas et les modes permettent de rendre explicite (« c'est mon schéma qui me fait percevoir que… ») une réaction en grande partie implicite (perçue comme étant une vérité émotionnelle). Ceci favorise la régulation émotionnelle et permet d'inhiber la réponse impulsive.

3) **Le jugement éclairé.** L'objectif de cette étape est d'identifier ce qui favoriserait une meilleure réponse à long terme aux besoins de la personne (c'est le mode Adulte Sain). L'utilisation du modèle de la matrice (Schoendorff, Grand et Bolduc, 2011), un autre outil, l'ACT, peut être très utile, ici. Elle permet de faire la distinction entre les réponses dont la fonction serait l'évitement expérientiel (dans ce cas-ci, l'intolérance à l'expérience subjective des schémas réactivés) et celles qui favoriseraient l'atteinte de ses valeurs personnelles (i. e. la réponse aux besoins de la personne). Ceci permet d'en arriver à une position reflétant un jugement éclairé.

ENCADRÉ 5 Illustration clinique de l'utilisation de la fiche mémo pour favoriser le jugement éclairé

Jean tient à la relation avec sa conjointe, mais son comportement fondé sur une jalousie excessive (réponses en fonction des schémas Abandon et Imperfection) risque de provoquer l'effet contraire (une séparation). En complétant la matrice qui lui demande de situer sur un axe horizontal ce qui vise à éviter des expériences désagréables et ce qui vise à s'approcher des personnes et des choses qui lui sont importantes, il commence à faire la distinction entre les réponses dont la fonction est l'évitement expérientiel (dans ce cas-ci, l'intolérance à l'expérience subjective des schémas Abandon et Imperfection) et celles qui favorisent l'atteinte de ses valeurs (dans ce cas-ci, une relation de qualité avec sa conjointe). La fiche mémo lui demande de réfléchir à la question suivante lorsqu'il est envahi par un sentiment de jalousie : « Dans le contexte spécifique actuel, et en tenant compte de ma compréhension et de mes moyens, qu'est-ce qui peut être fait d'une façon optimale et réaliste pour tenir compte de mes besoins fondamentaux et de mes valeurs ? »

4) **L'action juste**. Tout le travail qui précède trouvera son utilité ultime dans l'actualisation dans l'action. Et lorsque cette action respecte les conclusions du *Jugement éclairé*, on la qualifiera *d'Action juste*, c'est-à-dire l'action optimale compte tenu des circonstances. Dans la perspective ACT, il est préférable de focaliser son énergie sur le comportement puisque seule cette dimension est sous le contrôle de l'individu.

ENCADRÉ 6 Illustration clinique de l'action juste

Jean réalise qu'il n'a pas de contrôle sur les choix que fera sa conjointe, mais il agira en fonction de ses choix et de ses valeurs s'il se comporte d'une façon qui rende leur vie de couple plus satisfaisante, plus enrichissante (par exemple, éviter de l'accabler de reproches, planifier des activités plaisantes avec sa conjointe).

Conclusion

La thérapie des schémas et l'ACT sont deux modèles de thérapie bien établis. L'intégration des techniques de l'ACT à la thérapie des schémas s'avère utile pour en augmenter l'efficacité. Le but de la thérapie des schémas est de diminuer l'emprise des schémas sur la personne afin de contribuer à ce que ses comportements soient en harmonie avec ses besoins. L'ACT dirait ses valeurs. Comme la modification des schémas s'avère souvent ardue à cause de leur forte prégnance émotionnelle, les stratégies proposées par l'ACT et les interventions fondées sur la pleine conscience en général peuvent être complémentaires à la thérapie des schémas. Toutes les stratégies sont bonnes à utiliser si elles permettent d'atteindre ce but. C'est notre expérience avec la fiche mémo pleine conscience. Il s'agit, cliniquement, d'un outil puissant qui nous permet d'intervenir rapidement sur plusieurs plans et de promouvoir le mode Adulte Sain (i. e. les stratégies adaptées). Des recherches portant sur l'efficacité de l'ajout de cet outil à la thérapie des schémas seraient à effectuer.

FIGURE 1 Fiche mémo pleine conscience

1. **Je ressens maintenant, dans le moment présent**

Instructions : Je reste tout simplement avec ce que je ressens (affects et sensations corporelles) durant quelques minutes. J'observe ce que je ressens sans essayer de changer quoi que ce soit. Si ce que je ressens change, je reste simplement avec la nouvelle sensation. Je ne juge pas ce qui se passe et je ne suis pas mes pensées ; lorsqu'une pensée surgit, je remarque sa présence (je peux me dire « une pensée ») et je retourne à ce que je ressens. La philosophie qui sous-tend cet exercice est « ce qui est, est » (« Je réalise totalement que mon schéma a été réactivé »).

2. **Pourquoi ai-je cette réaction** ?

Instructions : Quel schéma a été réactivé ? D'où vient ce schéma (hypothèses sur sa création) ?

3. **Jugement éclairé**

Instructions : Prenez le temps de bien soupeser la situation. Que sentez-vous comme étant vraiment vrai ? Est-ce que vous éprouvez un doute, aussi petit soit-il, sur la véracité de votre schéma ? Est-ce que votre interprétation actuelle de cette situation est en désaccord avec vos besoins et vos valeurs ?

Questions qui peuvent aider : Y a-t-il eu des situations dans le passé où ce que vous considériez comme vrai s'est révélé faux ? Dans cette situation particulière, quels sont les faits, quelles sont les interprétations ? Quelle serait l'opinion de personnes proches de vous ? Décrivez minutieusement le contexte spécifique de cette situation ? Si ce n'étaient de vos peurs, de votre culpabilité, ou de votre colère, que choisiriez-vous de faire ? Voyez vos pensées, vos mots et vos images pour ce qu'ils sont, soit de simples pensées, mots et images – défusionnez-vous de leur contenu ; sont-ils utiles pour répondre à vos besoins et à vos valeurs ?

4. **Action juste**

Instructions : Dans cette situation spécifique et considérant ce qui est concevable dans la réalité, ce que je sais, ce qui est possible, ainsi que les moyens dont je dispose, quelle est l'action optimale ?

Une fois cette action optimale identifiée, je choisis de le faire et je le fais, peu importe ce que je ressens.

Alors que je ne peux pas choisir quelles pensées, images, émotions ou impulsions se manifesteront, je peux choisir de façon volontaire un comportement. L'action juste est de le faire.

BIBLIOGRAPHIE

André, C. (2009). *Les états d'âme : un apprentissage à la sérénité*. Paris : Odile Jacob.

Artnz, A. et van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester, UK : Wiley-Blackwell.

Bricker, D. et Labin, M. (2012). Teaching mindfulness meditation within a schema therapy framework for therapists and patients. In van Vreeswijk, M., Broersen, J. et Nadort, M. (dir.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy : Theory, Research and Practice.* Chichester : Wiley-Blackwell.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science : a multiple code theory*. New York, NY : Guilford Press.

Clarkins, J. F., Yeomans, F. E. et Kernberg, O. F. (1999). Psychotherapy for Borderline Personality. New York, NY : John Wiley & Sons.

Cousineau, P. (2008). Les aspects théoriques de la thérapie des schémas selon Jeffrey Young. In Chaloult, L., Ngô, T., Goulet, J. et Cousineau, P. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique* (p. 119-139*).* Montréal : Gaëtan Morin.

Cousineau, P. (2010). Un thérapeute des schémas qui a croisé l'ACT. *Le Magazine ACT,* Hors série*, 3*, 5-7. www.lemagazineact.fr

Cousineau, P. (2012). Mindfulness and ACT as strategies to enhance the healthy adult mode. In M. van Vreeswijk, J. Broersen et M. Nadort (dir.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (p. 249-257). Oxford, UK : Wiley-Blackwell.

Dionne, F., Blais, M. C., Boisvert, J.-M., Beaudry, M. et Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, XV*, 1-15.

Dionne, F. et Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie*, *31*(3), 15-36.

Ecker, B., Ticic, R. et Hulley, L. (2012). *Unlocking the emotional brain : eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. New York, NY : Routledge.

Edwards, D. et Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. Dans M. van Vreeswijk, J. Broersen et M. Nadort (dir.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (p. 3-26). Oxford, UK : Wiley-Blackwell.

Farrell, J. M., Shaw, I .A. et Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder : A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry,* 40, 317-328.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, NY : Other Press.

Fosha, D., Siegel et D. J., Solomon, M. (2009). *The healing power of emotion: affective neuroscience, development & clinical practice*. New York : W.W. Norton & Co (Kindle edition).

Germer, C. K., Siegel, R. D. et Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York : Guilford Press.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. et Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder° : randomized trial of Schema-focused therapy vs Transferencefocused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Göttingen, Ger : Hogrefe & Huber.

Hartmann, E. (2011). *The nature and functions of dreaming*. London, UK : Oxford University Press.

Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. Dans S. C. Hayes, V. M. Follette et M. M. Linehan (dir.), *Mindfulness and acceptance : Expanding the cognitive-behavioral tradition* (p. 1-29). New York : Guilford.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory : A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York : Plenum Publishers.

Hayes, S. C., Follette, V. M. et Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance : expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY : Guilford Press.

Hayes, S. C. et Smith, S. (2005). *Get out of your mind & into your life*. Oakland, CA : New Harbinger.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy : the process and practice of mindful change – second edition*. New York, NY : Guilford Press (Kindle edition).

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe living : Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York : Delta.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wending, M. et van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours : A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Borderline Personality Disorder : The NICE GUIDELINE on Treatment and Management. *National Clinical Practice Guideline 78*. Leicester and London : The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.

Neimeyer, R. A. et Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder : meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC : American Psychological Association.

Ngô, T. L. (2014a). Les thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience. *Santé mentale au Québec,* 38 (2).

Ngô, T. L. (2014b). Éditorial : pleine conscience et psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 38 (2).

Panksepp, J. et Biven, L. (2012). *The archeology of mind : neuroevolutionary origins of human emotions*. New York : W.W. Norton & Co (Kindle edition).

Parfy, E. (2012). Schema therapy, Mindfulness and ACT-differences and points of contact. Dans van Vreeswijk. M., Broersen, J. et Nadort, M. (dir.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy : Theory, Research and Practice.* Chichester : Wiley-Blackwell.

Roediger, E. (2012). Why are mindfulness and acceptance central elements for therapeutic change in schema therapy too ? Dans van Vreeswijk. M., Broersen, J. et Nadort, M. (dir.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy : Theory, Research and Practice.* Chichester : Wiley-Blackwell.

Schoendorff, B., Grand, J. et Bolduc, M.-F. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : guide clinique*. Bruxelles : de Boeck.

Segal, Z. V., Williams, J. M. et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse.* New York : Guilford Press.

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind, second edition : how relationships and the brain interact to shape who we are*. New York, NY : Guilford Press (Kindle edition).

Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. et Lieb, K. (2012). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No. : CD005652. DOI :10.1002/14651858.CD005652.pub2.

Törneke, N. (2010). *Learning RFT : An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application.* Oakland, CA : Context Press.

Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-1052.

Wenzlaff, R. M. et Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. Dans S. T. Fiske (dir.), *Annual review of psychology* : Vol. 51 (p. 59-91). Palo Alto, CA : Annual Reviews.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders : a schema-focused approach.* Sarasota, FL : Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy : a practitioner's guide*. New York, NY : Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S. et Weishaar, M. E. (2003). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : de Boeck (2005).