

**UNIVERSITÉ DE POITIERS**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE ET PHARMACIE**

**ANNÉE 2021**

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
(DÉCRET DU 16 JANVIER 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 2 Juillet 2021 à Poitiers  
par **Tèhan HURET**

LES SCHÉMAS PRÉCOCES INADAPTÉS  
ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LA SURVENUE DE  
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :  
REVUE DE LA LITTÉRATURE

**COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur **Nematollah JAAFARI**

**Membres** : Madame le Professeur **Marie-Christine PERAULT-POCHAT**

Madame le Docteur **Lakshmipriya LE BONHEUR**

Madame le Docteur **Bérangère THIRIOUX**

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur **François BIRAULT**

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

#### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

#### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

#### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

#### **Professeurs émérites**

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

#### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HURET Jean-Loup, génétique
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **Remerciements :**

**Nematollah JAAFARI**, Professeur des Universités. Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. J'espère que ce travail saura retenir votre intérêt. Veuillez recevoir, Monsieur, l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance la plus sincère.

**Marie-Christine PERAULT-POCHAT**, Professeur des Universités. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

**Lakshmipriya LE BONHEUR**. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**Bérangère THIRIOUX**. Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites par votre présence dans ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

**François BIRAULT**, Professeur des Universités. Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre patience et vos conseils. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez ma sincère gratitude.

A tous les membres du groupe de thèse "PTSDBO2", ce fut un grand plaisir de travailler et de partager avec vous, dans un réel esprit d'entraide.

Merci à Hélène pour tout le travail qu'elle a fait pour nous au sein de ce groupe.

A ma chère et tendre fiancée, Sonia avec qui j'ai grand hâte de me marier et vers qui va tout mon amour, je te remercie pour ton soutien quotidien indéfectible.

A mes parents grâce à qui j'ai réussi à devenir ce que je suis et ce que je fais grâce à tout l'amour et le soutien que vous m'avez donné, je vous envoie aussi tout mon amour et toute ma gratitude.

A ma formidable sœur, Anaëlle, mon beau-frère Vincent et mes neveux et nièces, Layla, Aymeric, Elena, Alix et Isalys, je vous aime très fort.

A tous mes amis, Alexandre, Antoine, Manon, Pierre, Sylvain, et aussi Guillaume, Jérôme, Kristine, Elsa, les pharmaciens et tous ceux que je n'ai pas cités ici, mais qui m'ont accompagné pendant mes années d'étude.

A mon ami Maxence, vers qui vont régulièrement mes pensées

## **Liste des Abréviations**

ASDS : Acute Stress Disorder Scale

ASI : Addiction Severity Index-Lite

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BAI : Beck Anxiety Inventory

BDI-II : Beck Depression Inventory second version

CES : Centrality of Event Scale

CESD-R : Center for Epidemiological Studies Depression Scale

CIDI-Auto : Composite International Diagnostic Interview Auto

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

CTS2 : Revised Conflict Tactics Scales

DASS21 : Depression, Anxiety, Stress Scales, Second Edition, Short Form

DAST : Drug Abuse Screening Test

DES : Dissociative Experiences Scale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSQ-40 : Defence style questionnaire

EEC-M : Escala de Estrategias de Coping Modificada

EGS-F : Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5:  
versión forense

EMS : Early maladaptative schema

HHS : Hypothalamus/Hypophyse/Surrénale

IAPRP : Inventario de Abuso Psicológico en Relaciones de Pareja

ICD : International Classification of Diseases

IES : Impact of event scale

ITQ : International Trauma Questionnaire

MCQ : Marijuana Craving Questionnaire

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

MOPS : Measure of Parental Style

OCDS : Obsessive Compulsive Drinking Scale

PCL : PTSD Checklist

PCL-M : PTSD Checklist-CivilianVersion

PCL-M : PTSD Checklist-Military Version

PCL-S : PTSD Checklist Scale

PDS : Posttraumatic Stress Diagnostic Scale

PPTSD-R : Purdue PTSD Scale-Revised

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines

PSQ : Psychosis Screening Questionnaire

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

RSES : Rosenberg self-esteem scale

SCL-90 : Symptom Checklist-90

SES-LFV : Sexual Experiences Survey

SOGS : South Oaks Gambling Screen

SPI : Schéma Précoce Inadapté

SRBQ-R : Self-arm and risk behaviors questionnaire-revised

STROBE : STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology

TLEQ : Traumatic Life Events Questionnaire

TSI : Trauma Symptom Inventory

TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

YSQ : Young Schema Questionnaire

YSQ-L : Young Schema Questionnaire Long

YSQ-S : Young Schema Questionnaire Short

## Table des matières

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introduction.....</b>                                                                             | <b>10</b> |
| 1.1 Troubles de Stress Post Traumatique : historique et définitions.....                                | 10        |
| 1.2 Épidémiologie des TSPT.....                                                                         | 11        |
| 1.3 Physiopathologie du TSPT.....                                                                       | 12        |
| 1.4 Schémas, origine du concept.....                                                                    | 12        |
| 1.5 Schémas précoces inadaptés.....                                                                     | 13        |
| 1.6 Modes d'adaptation.....                                                                             | 13        |
| 1.7 Questionnaire de Young.....                                                                         | 14        |
| 1.8 La thérapie des schémas.....                                                                        | 14        |
| <b>2. Matériel et méthodes : Protocole de revue de la littérature.....</b>                              | <b>16</b> |
| 2.1 Protocole et enregistrement.....                                                                    | 16        |
| 2.2 Sources d'information et recherches.....                                                            | 16        |
| 2.3 Critères d'éligibilité.....                                                                         | 16        |
| 2.4 Sélection des études.....                                                                           | 17        |
| 2.5 Analyse.....                                                                                        | 17        |
| <b>3. Résultats.....</b>                                                                                | <b>18</b> |
| 3.1 Diagramme des flux.....                                                                             | 18        |
| 3.2 Tableau 1 : résultats de la revue de la littérature.....                                            | 19        |
| 3.3 Tableau 2 : Corrélation entre les SPI et la survenue de TSPT.....                                   | 23        |
| <b>4. Discussion.....</b>                                                                               | <b>24</b> |
| 4.1 Synthèse des résultats.....                                                                         | 24        |
| 4.2 Types de causalités entre Schémas Précoces Inadaptés<br>et Troubles de Stress Post-Traumatique..... | 24        |
| 4.3 Forces et Limites.....                                                                              | 25        |
| 4.4 Discussion des résultats.....                                                                       | 26        |
| 4.4.1 Chez les enfants victimes d'agression sexuelle.....                                               | 26        |
| 4.4.2 Chez les enfants victimes de maltraitance.....                                                    | 27        |
| 4.4.3 Chez les femmes victimes de violences conjugales.....                                             | 28        |
| 4.4.5 Chez les personnes sans domiciles fixes.....                                                      | 30        |
| 4.4.6 Chez les personnes toxicomanes :.....                                                             | 31        |

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.4.7 Dans les situations de stress professionnel.....                                  | 32        |
| 4.4.8 Chez les vétérans de guerre, et les témoins d'attentat.....                       | 33        |
| 4.5 Discussion générale et conclusion.....                                              | 34        |
| <b>5. Bibliographie.....</b>                                                            | <b>36</b> |
| <b>6. Annexes</b>                                                                       |           |
| <b>Annexe 1 : Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-IV.....</b>               | <b>48</b> |
| <b>Annexe 2 : Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5.....</b>                | <b>50</b> |
| <b>Annexe 3 : Tests diagnostics du trouble de stress post-traumatique.....</b>          | <b>52</b> |
| <b>Annexe 4 : Schémas, origine du concept.....</b>                                      | <b>54</b> |
| <b>Annexe 5 : Les 5 Domaines de Schémas et les 18 Schémas Précoces Inadaptés.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>Annexe 6 : Les 10 Modes d'adaptation.....</b>                                        | <b>57</b> |
| <b>Annexe 7 : Les schémas précoces inadaptés étudiés dans diverses pathologies.....</b> | <b>58</b> |
| <b>Annexe 8 : Autres tests utilisés dans les études sélectionnées.....</b>              | <b>59</b> |
| <b>Annexe 9 : Enregistrement PROSPERO.....</b>                                          | <b>62</b> |
| <b>7. Abstract.....</b>                                                                 | <b>72</b> |
| <b>8. Serment d'Hippocrate.....</b>                                                     | <b>73</b> |

# **1. Introduction**

## **1.1 Troubles de Stress Post Traumatique : historique et définitions**

En 1884, Oppenheim introduit le concept de "névrose traumatique" suite à des accidents de chemins de fer(1). Puis la guerre de 14-18 fut un élément fondateur dans la l'observation, l'identification et la reconnaissance des traumatismes psychiques engendrés par des situations de stress vital(2,3). Cinquante ans plus tard, c'est la guerre du Vietnam: en 1980, les psychiatres américains nomment une nouvelle entité médicale, le "Post-Traumatic Stress Disorder" (PTSD), ou "Trouble de Stress Post-Traumatique" (TSPT) en français(4).

Il s'agit d'un trouble survenant après une expérience vécue comme traumatisante associant pendant plus d'un mois :

- au moins un symptôme envahissant
- un évitement des stimulus associés à l'événement
- une altération négative des cognitions et de l'humeur
- une altération de l'éveil et de la réactivité

Le TSPT est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui publie l'"International Classification of Diseases" (ICD), ainsi que par l'American Psychiatric Association, qui publie le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM), ces définitions se ressemblent et ont évolué en parallèle dans le même sens(5). La dernière version, le DSM-5 a élargi les critères par rapport à la précédente (DSM-IV) (publiés en *Annexe 1 et 2*). Ainsi nous noterons en particulier que l'événement traumatisant peut maintenant correspondre à "l'exposition à la violence sexuelle". Cela élargit le contexte du TSPT à un trouble consécutif à un éventail plus large d'événements stressants et incluant des réactions associées à d'autres états que la peur ou l'anxiété. De surcroît, les critères D et E du DSM-5 (anciennement critère D du DSM-IV) comprennent désormais trois symptômes supplémentaires qui n'avaient pas été inclus dans le DSM-IV, et deux symptômes connus du DSM-IV ont été reformulés pour le DSM-5.

Il existe des questionnaires validés qui s'appuient sur les critères diagnostics énoncés par le DSM-IV, le DSM-5 ou encore l'ICD-10. (*Annexe 3*)

Habituellement, les symptômes du TSPT débutent dans les 3 mois après le traumatisme. Après un délai de six mois entre l'événement et l'apparition des symptômes, on parle de TSPT à survenue différée. Les symptômes disparaissent spontanément chez 50% sujets après 1 an. Au-delà d'une durée de trois mois, la forme clinique du TSPT est dite chronique(6,7).

## 1.2 Épidémiologie des TSPT(6,7)

L'événement traumatisant déclenchant de TSPT peut être :

- la mort subite d'un proche ou sa mise en danger (30-60 % des sujets interrogés)
- une catastrophe naturelle (20-40%)
- la menace armée (15-25%)
- une agression physique (10-15%)
- un viol (10%)
- la maltraitance infantile (10%).

Dans d'autres études, les expériences les plus traumatisantes sont :

- pour les hommes : le viol (65 % de TSPT chez les victimes), le combat militaire (39%), les négligences/abus physiques durant l'enfance (23%)
- pour les femmes : l'abus physique durant l'enfance (49%), le viol (46%), la menace armée (33%) et l'agression physique (21%).

La prévalence à vie du TSPT dans la population générale serait de 2 à 8%, et, chez les personnes exposées à un événement traumatique : de 8 à 15% chez l'homme et de 13 à 26% chez la femme aux États-Unis. La prévalence à vie s'accroît avec l'âge (6% pour les 18-29 ans, à 9% pour les 45-49 ans, mais seulement 2,5% après 65 ans).

Près de 60% des personnes TSPT ont eu un autre diagnostic DSM au cours des 12 mois autour du TSPT. Les troubles associés le plus souvent au TSPT sont la dépression majeure, la dysthymie, l'anxiété généralisée, l'agoraphobie. Le risque suicidaire est plus fréquent chez les personnes ayant souffert d'un TSPT, que dans la population générale.

Un historique pré-traumatique de problèmes psychologiques est prédictif d'un stress post-traumatique plus important. De même, le fait d'avoir des antécédents de traumatismes passés est lié à un pronostic plus défavorable(8).

### **1.3 Physiopathologie du TSPT**

Le TSPT est l'un des rares troubles mentaux dont la cause est facilement identifiable. Bien que l'exposition au traumatisme soit l'événement déclencheur de l'apparition du TSPT, les facteurs de risque biologiques et psychosociaux sont de plus en plus considérés comme des prédicteurs de l'apparition, de la gravité et de la chronicité des symptômes.

Sur le plan biologique, de nombreuses modifications du fonctionnement cérébral habituel sont relevées chez les personnes souffrant de TSPT(9). Notamment le dysfonctionnement de l'axe hypothalamus/hypophyse/surrénale (HHS) est associé à divers troubles neuropsychiatriques, notamment les troubles dépressifs majeurs, le stress post-traumatique et la consommation d'alcool. Les modifications épigénétiques des gènes liés à l'axe HHS jouent un rôle crucial dans la régulation de l'humeur, des émotions et de la cognition, dont certaines ont été décrites chez les sujets atteints de TSPT(10).

Sur le plan psychologique, de nombreuses théories ont été proposées pour comprendre le TSPT, dont la théorie des schémas précoces inadaptés, qui semble en proposer une bonne analyse en vue de la prise en charge thérapeutique des personnes concernées(8).

### **1.4 Schémas, origine du concept**

Au sens usuel, un schéma est une représentation structurée, souvent graphique, de données regroupées et ordonnées par des concepts. L'aspect de fonction organisationnelle, dynamique et structurante ressort de l'historique des définitions, commençant avec Kant, puis Bergson, en philosophie, puis Piaget. Plus tard, en thérapie cognitive, le concept de schéma cognitif, qui a été défini principalement par Aaron Beck, désigne une structure pour le screening, le codage et l'évaluation des stimuli qui affectent l'organisme et, *in fine*, désigne les connaissances ou croyances de base qui constituent la compréhension qu'une personne a d'elle-même, du monde et des autres(11). (Annexe 4)

Le modèle de schéma est une approche intégrative de l'ensemble des schémas activés, des états cognitifs et affectifs associés et des réponses d'adaptation à un moment de la vie de l'individu, en particulier durant son enfance, impliquant la structuration progressive de ces modèles chez l'enfant. Il régule les réactions internes et externes et participe à la création de la personnalité(12).

### **1.5 Schémas précoces inadaptés (SPI ; EMS en Anglais pour Early maladaptive schemas)**

Jeffrey Young a émis l'hypothèse que certains troubles psychologiques pouvaient être la conséquence de schémas inadaptés et a identifié 18 schémas précoces inadaptés regroupés en 5 dimensions psychiques (*Annexe 5*), et 10 modes d'adaptation (fonctionnels ou dysfonctionnels) (*Annexe 6*). Jeffrey Young a décidé d'utiliser ces concepts pour développer une thérapie propre, la thérapie des schémas.

### **1.6 Modes d'adaptation**

Les modes dysfonctionnels surviennent lorsque le patient se trouve en contact direct avec le thème d'un de ses schémas inadaptés.

- Les modes de l'enfant représentent l'expression d'émotions et de cognitions liées à des besoins psychologiques non comblés dans l'enfance. Le patient se sent alors comme s'il redevenait un enfant et réagit selon ce mode (ex : enfant impulsif : le patient agit selon ses désirs et impulsions du moment).
- Les modes du parent représentent pour le patient l'appropriation des attitudes que les parents auraient eu envers lui (ex : parent punitif : le patient se met en colère contre lui-même).
- Les modes stratégiques dysfonctionnels sont les réponses (dysfonctionnelles) que tente le patient.
- Le mode adulte sain (mode fonctionnel), enfin, est ce vers quoi la thérapie des schémas tente de conduire le patient.

## 1.7 Questionnaire de Young

Le questionnaire de Young (Young Schema Questionnaire, YSQ) est utilisé pour mesurer et quantifier les schémas précoces inadaptés. La première version a été publiée en 1994 et évaluait 15 schémas précoces inadaptés. Un nouveau schéma a été ajouté à la seconde version : "Négativité/ Pessimisme", puis deux autres, "Recherche d'approbation / de reconnaissance" et "Punition", pour la troisième (et dernière) version. Pour chaque version il existe une forme longue (YSQ-L) et une forme courte (YSQ-S).

Le questionnaire demande aux sujets de l'étude d'évaluer des déclarations sur une échelle de Likert allant de "Complètement faux me concernant" à "Me décrit parfaitement".

Il a été validé(13), et traduit dans de nombreuses langues(14). Une surexpression des schémas précoces inadaptés a été retrouvée dans diverses pathologies (*Annexe 6*).

## 1.8 La thérapie des schémas

Elle s'adresse à la structure de personnalité. Il s'agit d'amener un plus grand contrôle conscient du patient sur ses schémas. Le modèle des schémas est expliqué plus formellement au patient, sous la forme d'une carte des schémas et des modes, en y incluant les facteurs pré-disposants, déclencheurs, protecteurs, etc. en s'aidant du questionnaire des schémas de Young (YSQ). Young décrit trois types de stratégies qui contribuent à la rigidité des schémas : le maintien (la personne juge incorrectement les situations et choisit des relations qui entretiennent son schéma), l'évitement (la personne évite les situations qui peuvent activer le schéma, ce qui empêche de tester ces schéma et de le modifier graduellement), la compensation (la personne pense et réagit de façon opposée à son schéma, mais de façon souvent trop extrême, ce qui contribue à maintenir son schéma). La rigidité des schémas est notamment responsable de distorsions cognitives. La thérapie des schémas est un travail actif, dans le but de remplacer les schémas et modes dysfonctionnels par des comportements ou modes adaptés : il faut que le patient puisse prendre conscience des schémas ou modes inadaptés qui le concernent, apprenne à les gérer, en vue de développer des modes de l'adulte sain, afin d'acquérir une autonomie propre et de pouvoir développer des relations saines dans la vie courante. Cette méthode est validée pour la prise en charge de nombreux troubles d'ordre psychologiques(15).

Le but de cette étude est d'analyser, via une revue de la littérature, les schémas précoces inadaptés présents chez les personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique, afin de mieux comprendre le développement de ce trouble, ainsi que la possibilité offerte par la thérapie des schémas pour prendre en charge des personnes sur le plan thérapeutique. Cette thèse s'intègre dans le projet "PTSD BO2", composée de deux revues de la littérature, ainsi que d'une vaste étude transversale analysant différentes composantes de la santé mentale chez les étudiants de l'Université de Poitiers incluant, les schémas précoces inadaptés et le TSPT, mais aussi le burn-out et l'empathie.

## **2. Matériel et méthodes : Protocole de revue de la littérature**

### **2.1 Protocole et enregistrement**

Nous avons utilisé la méthode d'analyse PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses guidelines), qui a établi en 2009 des lignes directrices pour la rédaction et la lecture de revues systématiques et les méta-analyses(16). PRISMA a été récemment mis à jour(17). PROSPERO est une base de données internationale de revues de la littérature enregistrées de façon prospective, avec pour but de réduire les risques de biais en permettant de comparer la revue terminée avec ce qui était prévu dans le protocole, qui utilise la méthode PRISMA(18). Le numéro d'enregistrement Prospero est : CRD42021238620 (*Annexe 9*).

### **2.2 Sources d'information et recherches**

Une recherche documentaire systématique a été menée dans PubMed(19), ainsi que dans Base Search(20), avec la combinaison des mots-clés suivants :

- d'une part : "PTSD", "Posttraumatic Stress Disorder", "Posttraumatic Stress Disorders", "Post-traumatic Stress Disorder", "Post-traumatic Stress Disorders", "TSPT", "Trouble de Stress Post Traumatique", "Troubles de Stress Post Traumatique", "Trouble de Stress Post-traumatique", "Troubles de Stress Post-traumatique"
- d'autre part : "EMS", "Maladaptive Schema", "Maladaptive Schemas", "Cognitive Schema", "Cognitive Schemas", "SPI", "Schéma Précoce Inadapté", "Schémas Précoces Inadaptés"

### **2.3 Critères d'éligibilité**

Les publications potentiellement éligibles à notre étude sont les études publiées avant et jusqu'en Février 2021, portant spécifiquement sur des séries de patients souffrant de Stress Post-Traumatique, ayant pour but d'évaluer chez ces patients la présence d'éventuels Schémas Précoces Inadaptés. Les critères d'éligibilité sont donc les suivants :

- mesure des Schémas Précoces Inadaptés selon un questionnaire de Young
- présence d'un diagnostic de Syndrome de Stress Post-Traumatique selon le DSM-IV ou le DSM-V

ou

- présence d'un Syndrome de Stress Post-Traumatique selon un test validé incluant les critères diagnostiques du DSM-IV, du DSM-V ou de l'ICD-10 ou ICD-11)

Sont exclus de l'analyse les articles qui n'utilisent qu'une partie d'un questionnaire de Young en vue de » se focaliser sur qu'un ou quelques Schémas Précoces Inadaptés. Aucune autre restriction n'a été appliquée (date, langue, lieu, ...)

## **2.4 Sélection des études**

Tous les résultats de la recherche documentaire ont été retranscrits dans l'application en ligne RAYYAN(21), permettant une sélection des études en double lecture (par TH, auteur de cette thèse, et FB, directeur de la thèse). Un premier tri des articles a été effectué de façon indépendante suite à la lecture des titres et des résumés. Puis nous nous sommes concertés pour décider de la sélection des études discordantes, permettant le calcul du coefficient kappa de corrélation de Cohen.

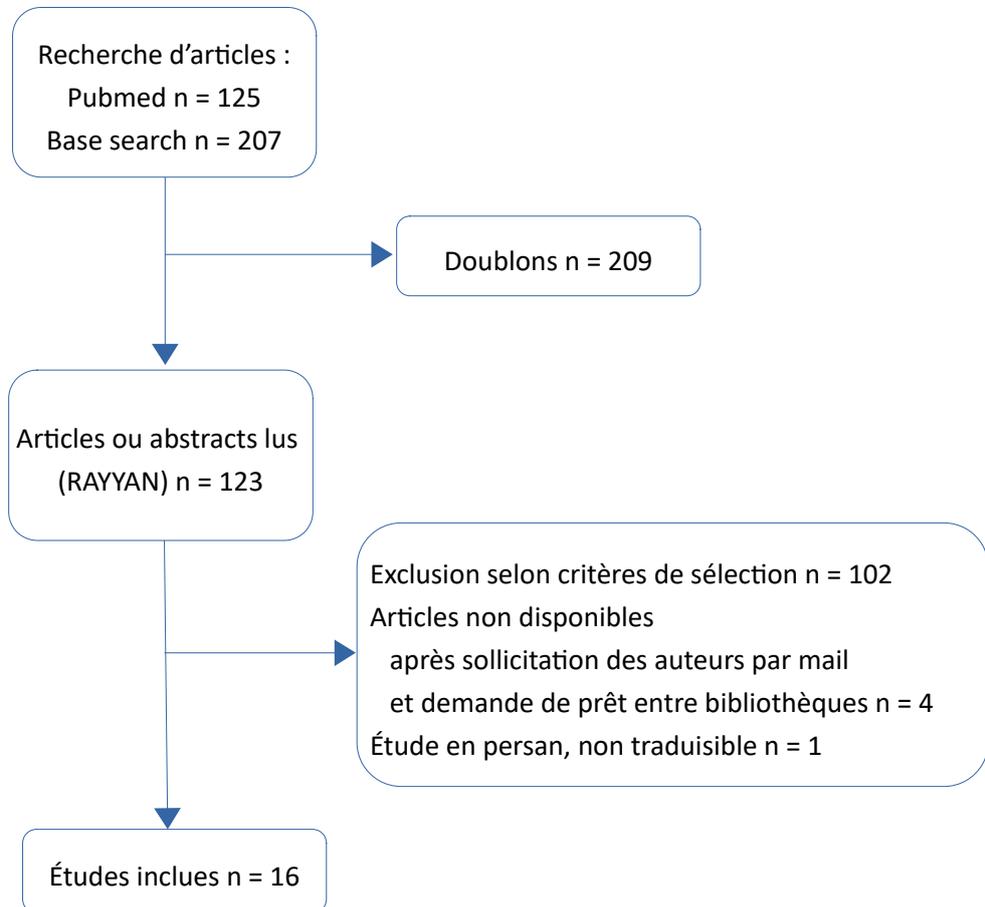
## **2.5 Analyse**

L'analyse et la comparaison des études a été réalisée sous forme de tableau, avec les informations suivantes :

- Auteur et année de publications
- Pays
- Population étudiée
- Nombre de sujets, et caractéristiques
- Méthode de mesure du Trouble de Stress Post-traumatique
- Autres tests utilisés
- version du questionnaire de Young des schémas précoces inadaptés
- Qualité de l'étude selon les lignes directrices STROBE(22), exprimé en pourcentage d'items positifs pour les 22 critères
- Principaux résultats

### **3. Résultats**

#### **3.1 Diagramme des flux**



La recherche documentaire a permis d'obtenir 123 articles. Après exclusion selon les critères de sélection, ainsi que des articles non disponibles et non traduisible, 16 études ont été incluses dans cette revue de la littérature, avec un coefficient kappa de Cohen entre les deux chercheurs de 67,6 %.

### 3.2 Tableau 1 : résultats de la revue de la littérature

| Auteurs                    | Pays      | Population étudiée           | Nombre de sujets                                                                                            | Diagnostic TSPT | Autres tests utilisés (Annexe 8) | Qualité de l'étude (STROBE) | Test SPI | Principaux résultats                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------|-----------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cockram et al., 2010 (23)  | Australie | Vétérans de guerre           | 220 vétérans (hommes) de la guerre du Vietnam, d'âge moyen de 61 ans, 163 avec TSPT et 57 sans TSPT         | DSM-IV          | ASDS (49) / MOPS (50)            | 91 %                        | YSQ-L3   | Les anciens combattants ayant un TSPT ont des scores plus élevés au YSQ et également à la mesure des conduites parentales (indifférence, maltraitance, autoritarisme). Mesure avant et après traitement comprenant une thérapie axée sur les schémas des schémas précoces inadaptés, du TSPT, de l'anxiété et de la dépression, qui ont tous diminué de manière significative après le traitement. Les scores de l'YSQ expliquaient pour 22,5% de la variance du TSPT. Parmi les SPI, la "Peur du danger / de la maladie" et le "Surcontrôle émotionnel" permettent de distinguer de manière significative les anciens combattants souffrant de TSPT des autres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ribeiro 2013 (24)          | Portugal  | Vétérans de guerre           | 36 anciens combattants, âge moyen de 69 ans                                                                 | PCL-M (39)      | CES (51)                         | 91 %                        | YSQ-L1   | Le schéma "Surcontrôle émotionnel" est le plus significativement lié au TSPT et à la dépression, puis le schéma "Abnégation". Les schémas "Peur du danger / de la maladie" et "Idéaux exigeants / Critique excessive" sont pertinents dans le TSPT. Les auteurs concluent que tous les schémas précoces inadaptés sont des prédicteurs du score de TSPT ainsi que celui de la dépression, sauf le schéma d'inhibition.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ahmadian et al., 2015 (25) | Iran      | Vétérans de guerre           | 30 patients avec TSPT chronique, 30 patients avec TSPT aigu et 30 militaires sans TSPT, âgés de 25 à 45 ans | DSM-IV          | BAI (52) / BDI-II (53) / IES     | 95 %                        | YSQ-L3   | Les patients souffrant de TSPT ont des scores plus élevés pour tous les schémas précoces inadaptés que le groupe témoin. Les vétérans TSPT chronique, comparés aux vétérans TSPT aigu, ont des schémas plus altérés tels que l' "Exclusion / Isolement social" et à la "Peur du danger / de la maladie". Pour les SPI de "Dépendance / Incompétence", "Peur du danger / de la maladie", "Fusionnement / Personnalité atrophiee", "Abandon / Instabilité", "Méfiance / Abus", "Exclusion / Isolement social", "Assujettissement", "Abnégation", "Idéaux exigeants / Critique excessive", Les patients TSPT chronique ont obtenu des scores plus élevés que les TSPT aigu, les témoins ayant les scores les plus bas. En ce qui concerne les schémas de l'échec, de la dépendance émotionnelle, de la "Recherche d'approbation / de reconnaissance", de la "Négativité / Pessimisme" et de la "Carence affective", il n'y avait pas de différences significatives entre TSPT chronique et TSPT aigu, les témoins ayant encore les scores les plus bas. |
| Valencia et al., 2015 (26) | Colombie  | Attentat à la voiture piégée | 12 femmes et 4 hommes témoins d'un attentat, âge moyen 36,8 ans                                             | DSM-IV          | EEC-M (54)/ MINI (55)            | 91 %                        | YSQ-L2   | Sentiment de perte de contrôle, d'être constamment menacé et manque perçu de soutien social. Les schémas de "Carence affective", de "Surcontrôle émotionnel" et d'"Abnégation" conduisent l'individu à considérer son environnement comme hostile et dans lequel l'événement traumatisant confirme ces schémas inadaptés. Le soutien reçu de l'environnement social est mal valorisé et déformé, ce qui tend à perpétuer les symptômes de l'impuissance et du désarroi.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                             |        |                                                           |                                                                                                                                                                                                         |                       |                                  |      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------|--------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Price 2007 (27)             | UK     | Stress professionnel - professions d'assistance           | 77 participants (31 stagiaires de police, 15 étudiants infirmiers en santé mentale, 23 stagiaires en professions paramédicales et 8 stagiaires en psychologie), 39 femmes et 38 hommes, âge moyen 29,81 | DSM-IV, IES (40)      | DSQ-40 (56) / IES                | 50 % | YSQ-S1      | Les modèles "Imperfection / Honte", et "Dépendance / Incompétence" sur l'échelle "intrusion" (souvenirs/ rêves répétitifs et envahissants, illusions, hallucinations, flash-back) compte pour 1/4 de la variance, "Échec" 1/4 de la variance sur l'échelle d'"évitement", les mécanismes de défense "clivage du moi" (splitting) 1/4 sur l'échelle d'"intrusion". Le SPI "Échec" condamne le soi de manière absolue. En tant que tel, les comportements d'évitement peuvent être la seule façon d'éviter une nouvelle activation du SPI Échec. Le clivage du moi fournit une défense en séparant de force les expériences psychiques en catégories exclusivement bonnes ou mauvaises, ce qui permet à l'individu de se concentrer exclusivement sur les bonnes expériences et de rejeter les mauvaises qui pourraient causer de l'anxiété.                                                                        |
| Boudoukha et al., 2016 (28) | France | Stress professionnel chez des gardiens de prison          | 235 gardiens de prison (46 femmes et 188 hommes), âge moyen 36 ans et 11 mois                                                                                                                           | IES                   | IES                              | 55 % | SCP-II (76) | Les surveillants ont des niveaux de TSPT élevés. Les surveillants atteints de TSPT ont des SPI plus élevés que les surveillants sans TSPT. Le SPI "Méfiance / Abus", est particulièrement activé. Les SPI suivants sont également activés: "Abnégation", "Idéaux exigeants / Critique excessive", "Assujettissement", "Fusionnement / Personnalité atrophiée", "Carence affective", "Peur du danger / de la maladie" et "Abandon / Instabilité". Les SPI "Exclusion / Isolement social" et "Dépendance / Incompétence", sont moins activés que les autres SPI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Harding 2012 (29)           | USA    | Victimes d'abus sexuels dans l'enfance                    | 127 femmes victimes d'abus sexuels dans l'enfance, âge moyen de 19 ans                                                                                                                                  | PPTSD-R (DSM-IV) (41) | CTQ (57) / TSI (58)              | 95 % | YSQ-S1      | Les femmes du groupe caractérisé par les scores de schéma les plus élevés ont signalé les symptômes de TSPT les plus graves. Les schémas "Méfiance / Abus", "Peur du danger / de la maladie" et "Carence affective" sont les prédicateurs majeurs du développement de TSPT. L'"Assujettissement", l'"Exclusion / Isolement social", l'"Imperfection / Honte", le "Surcontrôle émotionnel" et l'"Abandon / Instabilité", sont des prédicateurs moindres.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Motley 2016 (30)            | USA    | Victimes d'abus sexuels dans l'enfance                    | 263 étudiantes en premier cycle, âge moyen 22,8 ans                                                                                                                                                     | PCL-5 (DSM-V) (42)    | CESD-R (59) / PDS / SES-LFV (60) | 91 % | YSQ-S1      | Le vécu d'abus sexuels dans l'enfance est corrélé à la "Carence affective", à la "Méfiance / Abus", à l'"Exclusion / Isolement social", à l'"Imperfection / Honte", à l'"Abnégation", mais pas à l'"Abandon / Instabilité". Le vécu d'abus sexuels dans l'enfance est corrélé à la revictimisation. Les SPI n'ont pas servi de médiateur dans la relation entre vécu d'abus sexuels dans l'enfance et la revictimisation. Les SPI ont joué un rôle de médiateur dans la relation entre vécu d'abus sexuels dans l'enfance et les problèmes de santé mentale, tels que le TSPT et la dépression. L'"Exclusion / Isolement social" a servi de médiateur à la relation entre vécu d'abus sexuels dans l'enfance et les symptômes de dépression et la "Méfiance / Abus", l'"Exclusion / Isolement social" et l'"Abnégation" ont servi de médiateur à la relation entre vécu d'abus sexuels dans l'enfance et le TSPT. |
| Dutra et al., 2008 (31)     | USA    | Victimes d'abus sexuels ou de maltraitance dans l'enfance | 137 patients pris en charge pour leur traumatisme dans une clinique psychiatrique, âge moyen 38 ans                                                                                                     | PDS (DSM-IV) (43)     | DES (61) / SRBQ-R (62)           | 77 % | YSQ-S1      | Les SPI suivants sont significativement associés à la survenue de TSPT : "Carence affective", "Abandon / Instabilité", "Méfiance / Abus", "Exclusion / Isolement social", "Imperfection / Honte", "Échec", "Assujettissement", "Abnégation", "Surcontrôle émotionnel", "Idéaux exigeants / Critique excessive", "Dépendance / Incompétence", "Fusionnement / Personnalité atrophiée". Parmi ces SPI associés à la dépression, "Exclusion / Isolement social", "Imperfection / Honte", "Échec" et "Assujettissement" sont associés au risque suicidaire.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                |         |                                                                                            |                                                                                                                                               |                     |                               |       |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------|-------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Karatzias et al., 2016 (32)    | UK      | Victimes d'abus sexuels, de maltraitance ou de négligence dans l'enfance ou à l'âge adulte | 82 femmes avec ATCD de traumatisme interpersonnel, comparées à un groupe contrôle (n=78)                                                      | PCL-C (44)          | DES / RSES (63) / SCL-90 (64) | 95 %  | YSQ-S1 | Le groupe de patientes présentait des scores SPI élevés dans l'ensemble des 15 schémas. Le TSPT est associé au schéma de la "Peur du danger / de la maladie", dont, parmi les 3 aspects du TSPT mesurés par le PCL-C, l'hypervigilance, et la répétition (seul l'évitement n'est associé à aucun SPI). La dépression est associée aux schémas "Carence affective", l'"Imperfection / Honte", la "Peur du danger / de la maladie", la "Dépendance / Incompétence", et l'"Abandon / Instabilité". Les schémas du domaine du "Manque d'autonomie et de performance" étaient associés à la symptomatologie traumatique.                                                                                                                                                                               |
| Vasilopoulou 2019 (33)         | UK      | Victimes d'abus sexuels, de maltraitance ou de négligence dans l'enfance                   | 59 patients de plus de 64 ans suivis par des psychologues, psychiatres ou pour leur santé mentale, avec un ATCD de traumatisme dans l'enfance | ITQ (ICD-11) (45)   | CTQ                           | 100 % | YSQ-S3 | Les schémas précoces inadaptés pourraient jouer un rôle médiateur dans la relation entre les expériences traumatiques de l'enfance et le TSPT complexe. La maltraitance infantile prédit significativement le score total SPI, qui à son tour prédit significativement la gravité des symptômes du TSPT complexe. Le modèle reliant le traumatisme infantile à la sévérité du TSPT complexe par le biais de la "Séparation et rejet" et du "Manque d'autonomie et de performance" explique respectivement 67% et 60% de la variance des scores du TSPT complexe.                                                                                                                                                                                                                                  |
| Calvete et al., 2007 (34)      | Espagne | Victimes de violences conjugales                                                           | 77 femmes, âge moyen 39 ans                                                                                                                   | EGS-F (DSM-IV) (46) | CTS2 (65) / IAPRP (66)        | 95 %  | YSQ-S1 | Les femmes présentant des critères de TSPT, par rapport à celles qui n'en présentent pas, ont obtenu des scores plus élevés sur un certain nombre de schémas cognitifs dans les domaines de la "Séparation et rejet" et du "Manque d'autonomie et de performance". La plus grande des différences est observée pour les schémas de "Méfiance / Abus" et de "Peur du danger / de la maladie". Le sentiment accru de menace, peur du danger, a souvent été souligné comme une caractéristique des personnes souffrant de TSPT. Bien que les différences soient moins importantes, les femmes souffrant de TSPT ont également obtenu des scores plus élevés sur les schémas d'"Abandon / Instabilité", d'"Imperfection / Honte", de "Dépendance / Incompétence" et d'"Exclusion / Isolement social". |
| Kachadourian et al., 2013 (35) | USA     | Hommes coupables d'abus domestiques                                                        | 174 hommes orientés dans un programme pour les abus domestiques par la justice, âge moyen 33 ans                                              | PCL-C (DSM-IV)      | TLEQ (67)                     | 91 %  | YSQ-S1 | 96 % des participants ont indiqué avoir vécu au moins un événement traumatisant potentiellement source de TSPT. Les schémas précoces inadaptés liés à la "Dépendance aux autres" sont positivement associés à la perpétration d'agressions psychologiques graves et d'agressions physiques légères ou graves. Les symptômes d'hyperexcitation du TSPT étaient positivement associés à la perpétration d'agressions psychologiques et d'agressions physiques légères. Chez les personnes présentant des niveaux élevés de symptômes d'hyperexcitation du TSPT, des scores élevés de SPI étaient associée à la perpétration d'agressions.                                                                                                                                                           |

|                            |           |                                     |                                                                                                              |                                   |                                                                   |      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|-----------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Taylor 2008 (36)           | Australie | Adultes sans domicile fixe          | 56 personnes sans domicile fixe, âge moyen 39 ans                                                            | CIDI-Auto (DSM-IV et ICD-10) (47) | AUDIT (68) / DASS21 (69) / DAST (70) / IES / PSQ (71) / SOGS (72) | 91 % | YSQ-S1 | La plupart des patients avaient vécu au moins un événement traumatique au cours de leur vie (98%), et dans 59 % des cas, l'apparition du TSPT est survenue avant l'âge du premier épisode sans-abri. Les personnes souffrant de TSPT ont obtenu des scores significativement plus élevés dans les trois domaines suivants : "Séparation et rejet", "Manque d'autonomie et de performance", et "Hypervigilance et inhibition" et sur les huit schémas suivants : "Abandon / Instabilité", "Méfiance / Abus", "Imperfection / Honte", "Exclusion / Isolement social", "Autodiscipline et contrôle de soi atrophié", "Peur du danger / de la maladie", et "Surcontrôle émotionnel". Les schémas prédisent de manière significative les cognitions post-traumatiques et la sévérité des symptômes du TSPT. Les résultats de ces analyses de régression établissent ce qui suit : 1) les schémas prédisent significativement les cognitions post-traumatiques ; 2) les cognitions post-traumatiques prédisent significativement la sévérité des symptômes du TSPT ; et 3) les schémas prédisent significativement la sévérité des symptômes du TSPT en l'absence de cognitions post-traumatiques. |
| Lecigne et Tapia 2016 (37) | France    | Usagers de substances psychoactives | 35 patients (29 hommes et 6 femmes, âge moyen 36 ans) pris en charge dans un centre de soins en addictologie | PCL-S (DSM-IV) (48)               | MINI                                                              | 91 % | YSQ-S2 | Lien significatif entre le nombre de SPI présents et la sévérité de l'addiction aux substances illicites. Le SPI "Exclusion / Isolement social", en particulier, est un facteur de maintien du trouble. Les SPI significativement impliqués sont les suivants: "Exclusion / Isolement social", "Carence affective", "Abandon / Instabilité", "Méfiance / Abus", "Peur du danger / de la maladie", "Assujettissement", "Abnégation", "Négativité / Pessimisme", "Droits personnels exagérés/ grandeur", et "Autodiscipline et contrôle de soi atrophiés".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tapia et al. 2018 (38)     | France    | Usagers de substances psychoactives | 15 femmes avec abus de substances et TSPT, issues d'un centre de traitement des addictions, âge moyen 31 ans | DSM-IV + PCL-S                    | ASI (73) / BDI-II / MCQ (74) / OCDS (75)                          | 95 % | YSQ-S2 | Étude visant à déterminer si l'utilisation combinée de la thérapie des schémas et de la désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) peut améliorer les résultats des troubles liés à la consommation de substances dans un échantillon de femmes souffrant d'addiction aux substances psychoactives et de TSPT concomitants. Les traumatismes à l'origine du TSPT sont : abus sexuel (73%); abus physique (100%); abus émotionnel (26%). Les scores du questionnaire de Young et ceux évaluant le TSPT ont diminué entre la phase de prétraitement et le post-traitement. Ces résultats indiquent que huit sessions de thérapie des schémas combinées à l'EMDR centrée sur les souvenirs traumatiques ont réduit les symptômes du TSPT et le nombre de SPI chez un groupe de femmes souffrant d'addiction aux substances psychoactives et de TSPT.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### 3.3 Tableau 2 : Corrélation entre les SPI et la survenue de TSPT



**Guerre :**  
 (23) : Cockram et al., 2010  
 (24) : Ribeiro 2013  
 (25) : Ahmadian et al., 2015

**Attentat :**  
 (26) : Valencia et al., 2015

**Stress professionnel :**  
 (27) : Price 2007  
 (28) : Boudoukha et al., 2016

**Enfants victimes abus sexuels :**  
 (29) : Harding 2012  
 (30) : Motley 2016

**Enfants victimes maltraitance :**  
 (31) : Dutra et al., 2008  
 (32) : Karatzias et al., 2016  
 (33) : Vasilopoulou 2019

**Femmes battues :**  
 (34) : Calvete et al., 2007

**Maris violents :**  
 (35) : Kachadourian et al., 2013

**Sans abris :**  
 (36) : Taylor 2008

**Usagers substances psychoactives :**  
 (37) : Lecigne et Tapia 2016  
 (38) : Tapia et al. 2018

**Orange** : lien de corrélation entre le SPI et le TSPT (foncé pour les Domaines),  
**Vert** : lien de corrélation entre le SPI et l'absence de TSPT,  
 Blanc : SPI non évalué,  
 Bleu pâle : pas de lien de corrélation relevé par les auteurs (soit pas de lien, soit non étudié).

## **4. Discussion**

### **4.1 Synthèse des résultats**

Nous obtenons des groupes relativement homogènes lorsque nous regroupons les populations étudiées en fonction d'une proximité plus ou moins grande entre les domaines des SPI :

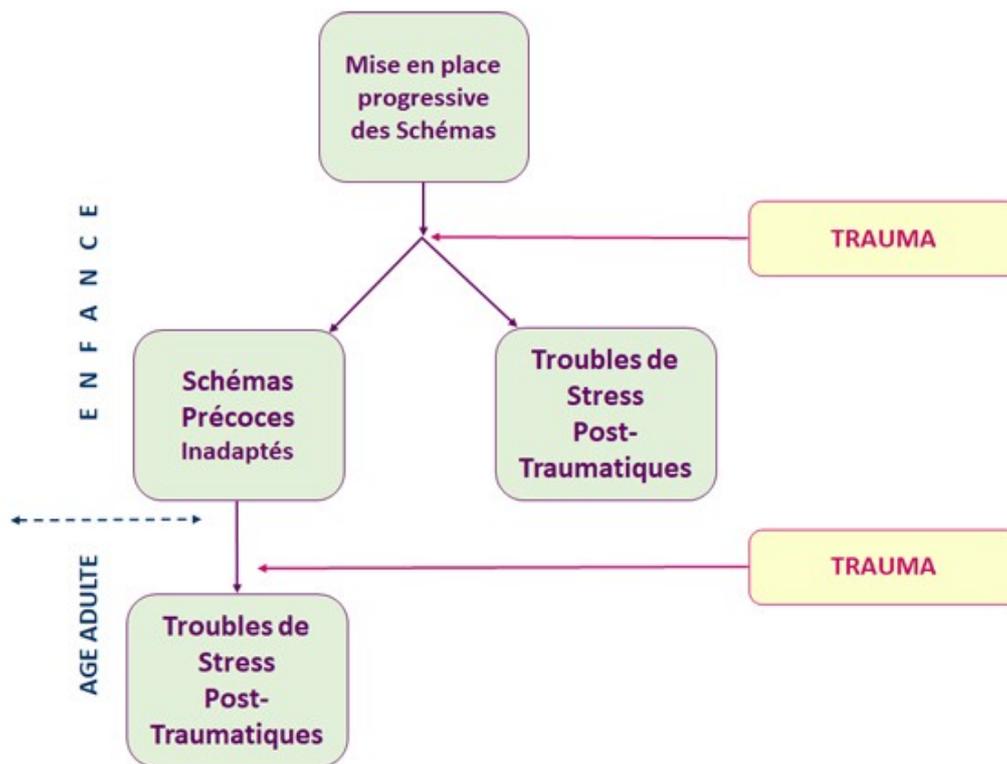
- "Dépendance / Incompétence", "Fusionnement / Personnalité atrophiée" et "Idéaux exigeants / Critique excessive" plus souvent rencontrés chez les vétérans et dans les professions à risque de stress professionnel
- "Méfiance / Abus" et "Imperfection / Honte" chez les enfants maltraités ou abusés sexuellement, les femmes battues, les sans-abris, toutes populations typiquement victimes de la vie, ainsi que chez les consommateurs de drogues, ce qui pourrait inciter à penser qu'ils peuvent être également des sortes de victimes de la vie.

Bien sûr, un individu peut appartenir à plusieurs catégories.

### **4.2 Types de causalités entre Schémas Précoces Inadaptés et Troubles de Stress Post-Traumatique**

Il y a en fait deux types au moins de corrélations faites entre Schémas Précoces Inadaptés et Troubles de Stress Post-Traumatique :

- celles où des stress dans l'enfance ont pu provoquer d'une part l'inadaptation des schéma précoces en cours d'élaboration, et d'autre part déclencher un TSPT (par exemple la maltraitance d'un enfant, provoquant une mauvaise réponse adaptative chez l'enfant, en pleine période de construction des schémas)
- celles où les TSPT sont rapportés aux SPI établis antérieurement au stress traumatisant (par exemple un enfant a développé des SPI, qui ont été la cause ou l'une des cause d'une réponse de type TSPT lors d'une exposition au stress de la guerre, lorsqu'il sera soldat)



Interactions entre Stress, Schémas Précoces et Troubles de stress Post-Traumatiques

### 4.3 Forces et Limites

Toute revue de la littérature contient le biais de publication : la littérature disponible ne fait généralement état que des études apportant des résultats positifs et significatifs, car les autres sont rarement publiés.

Les études incluses sont des études épidémiologiques descriptives, donc considérées comme ayant un faible niveau de preuve (niveau 4 : elles ne permettent pas d'affirmer une causalité, mais uniquement un lien de corrélation).

Des biais méthodologiques existent également : faibles échantillons(13,14,16). , faibles taux de réponse, échantillons peu représentatifs de la population étudiée(23,26,29,35), biais de volontariat(22,23). Les données sont généralement recueillies par auto-déclaration, ce qui soulève des questions quant à leur authenticité.

La comparaison des résultats est aussi limitée par l'hétérogénéité des questionnaires pour les schémas précoces inadaptés, et pour le diagnostic de TSPT. Boudoukha et al.(28) disent utiliser un questionnaire dérivé de Young(76), mais ne comportant que 13 des 18 SPI du questionnaire de Young. La majorité des articles utilisent la première version du questionnaire de Young, qui ne

recherche que 15 SPI, donc "Recherche approbation / reconnaissance", "Négativité / Pessimisme" et "Punition" sont donc peu évalués.

Il y a enfin le problème que nous avons déjà signalé : quelle est la cause, quelle est la conséquence ? La conception transversale de certaines études empêche toute conclusion quant aux associations causales entre les SPI et l'élaboration du TSPT.(25,33,35). Les symptômes du TSPT pourraient servir de médiateur entre la violence et les SPI, mais, alternativement, les SPI peuvent avoir été antérieurs au développement du TSPT.(35) De même, les SPI et les symptômes du TSPT évalués pourraient faire partie du même phénomène, plutôt que d'entités séparées(34).

Nous avons utilisé PRISMA points pour sélectionner les articles de la littérature concernant notre sujet d'étude, et évalué chaque article selon la liste de contrôle STROBE. Ainsi, tous les critères d'une bonne méthodologie ont été utilisés.

Nous avons effectué les recherches sur Pubmed, base de donnée scientifique reconnue, ainsi que sur BASE search pour avoir accès à la littérature grise. Nous n'avons mis aucune restriction de lieu, de langue (a priori) ni de date, avec des mots-clés simples permettant d'élargir les résultats de la recherche au maximum.

#### **4.4 Discussion des résultats**

##### 4.4.1 Chez les enfants victimes d'agression sexuelle :

Les agressions sexuelles chez l'enfant entraînent différents types de séquelles, de type et d'intensité variables d'un enfant à l'autre : les conséquences psychologiques immédiates, mais aussi des conséquences chroniques qui peuvent interférer avec leur adaptation tout au cours de leur développement. Celles-ci sont d'ordres psychologiques et psychiatriques, des troubles du comportement (consommation de drogues, délinquance, divers comportements sexuels à risque), troubles affectifs, victimisation et agression dans les relations amoureuses, délinquance sexuelle. L'agression sexuelle vécue dans l'enfance est un facteur de risque important dans l'apparition de problèmes d'adaptation psychologique et sociale qui peuvent évoluer de manière à affecter la vie conjugale et parentale(77).

La plupart des abus sexuels demeurent secrets et un des principaux traumatismes est l'atteinte narcissique(78). Les SPI qui semblent corrélés au TSPT dans les 2 études concernent en

particuliers ceux qui font partie du domaine "Séparation et rejet", qui ont un lien évident avec les troubles affectifs vécus par ces personnes à l'âge adulte, mais aussi le comportement de victimisation dans les relations amoureuses. Cela reflète une vision de soi comme étant déficiente, inadéquate ou intrinsèquement différente des autres, et une tendance à inhiber l'expression émotionnelle(29).

Le TSPT chez les personnes consommatrices de drogues, comme nous le verront plus tard, semble aussi corrélée aux schémas du domaine "Séparation et rejet". Les comportements sexuels à risque, de délinquance sexuelle et d'agression dans les relations amoureuses n'ont pas de lien évident avec ces schémas. Ceux-ci sont très probablement en relation avec les troubles affectifs liés aux schémas du domaine "Séparation et rejet", avec la déstructuration de la personnalité et pourraient donc en être la conséquence.

#### 4.4.2 Chez les enfants victimes de maltraitance :

En plus des atteintes traumatiques immédiates qui peuvent entraîner des atteintes viscérales définitives, au premier rang desquels ceux causés par le syndrome du bébé secoué, la maltraitance chez l'enfant provoque un stress extrême auquel on associe une perturbation du développement précoce du cerveau. Dès lors, les enfants maltraités, devenus adultes, sont davantage exposés à divers troubles : les comportements agressifs et violents, les comportements criminels non violents, l'abus de toxiques, les comportements auto-agressifs et suicidaires, les problèmes émotionnels, les problèmes relationnels et les difficultés scolaires et professionnelles, les désordres affectifs et sociaux : troubles anxieux, mauvaises relations avec les proches, réseau social de petite taille, comportements sexuels à risque, grossesse non désirée(79). Une autre conséquence de la maltraitance est la transmission transgénérationnelle, qui concerne toutes les classes sociales(80).

Les trois études analysées concernant les enfants victimes de maltraitements semblent donner au premier abord des résultats différents. La première montre un lien de corrélation entre tous les SPI analysés et la survenue de TSPT en dehors de ceux faisant partie du domaine de "Manque de limites", mais aussi du schéma "Peur du danger / de la maladie". La deuxième étude retrouve des scores de SPI élevés pour l'ensemble des 15 schémas étudiés, mais n'établit un lien de corrélation que pour trois d'entre eux : "Méfiance / Abus" et "Imperfection / Honte", qui font tous

les deux parties du domaine séparation et rejet, mais aussi "Peur du danger / de la maladie", ce qui est plus étonnant car contredit la précédente étude. Pour la troisième étude, nous n'avons pas le détail des schémas, mais seulement des deux domaines corrélés : "Séparation et rejet", et "Manque d'autonomie et de performance".

De la même façon que pour les enfants victimes d'abus sexuels, le domaine "Séparation et rejet" est donc particulièrement mis en avant, et ce pour les mêmes raisons. En effet, dans les deux cas l'enfant se retrouve brisé dans son être, par des personnes généralement proches qui devraient au contraire être celles à qui l'enfant devrait pouvoir faire entièrement confiance. Nous avons d'ailleurs relevé des conséquences similaires de ce traumatisme, pour lesquels nous serions tentés de faire les mêmes commentaires.

Cependant, pour poursuivre la comparaison entre ces deux types de traumatismes, les maltraitances semblent être corrélées à un plus grand nombre de SPI et de domaines. En effet, il s'agit d'une entité plus vaste et très variée, puisque la maltraitance comprend la négligence, les violences psychologiques et physiques, ainsi que les abus sexuels, qui peuvent être associées entre eux. Il faut donc pouvoir comprendre ce qu'une personne a pu subir comme type de traumatisme pour mieux caractériser les différentes répercussions des maltraitances, et les SPI qui leur sont associés.

#### 4.4.3 Chez les femmes victimes de violences conjugales :

Pour ce type de traumatisme aussi, les conséquences incluent les blessures qui peuvent être directement subies, les conséquences psychologiques et sur la santé mentale, avec les troubles liés à l'anxiété, la dépression, le TSPT (entre 51 à 75 % de TSPT chez les femmes victimes de violences conjugales selon différentes études(81)), les troubles psychosomatiques, l'abus de substances et le sentiment de honte, la culpabilité et la faible estime de soi. La violence conjugale dirigée vers les femmes affecte la vie sexuelle (comportements sexuels à risque, dysfonctions sexuelles, troubles gynécologiques), et la grossesse (fausse couche, accouchement prématuré, autres complications de la grossesse, grossesse non désirée)(82).

Contrairement aux enfants victimes d'abus sexuels ou de diverses maltraitances, il n'y a pas de troubles hétéro-agressifs ou criminels relevés en dehors de la consommation de drogue relevés pour les femmes victimes de violences conjugales.

Diverses études semblent montrer que les femmes victimes de violences conjugales expriment en particulier les schémas des domaines "Séparation et rejet" et "Manque d'autonomie et de performance"(83–85) : elles se méfient des hommes en général (schéma "Méfiance /Abus", "Peur du danger"), ont un sentiment de responsabilité pour le maintien de l'intégrité du groupe familial, (schéma "Abandon / Instabilité" et une faible estime d'elles-mêmes (schémas "Imperfection / Honte" et "Fusionnement / Personnalité atrophiée"))(86). Or dans l'étude de Calvete et al ., ces deux domaines semblent aussi corrélés à la survenue d'un TSPT parmi des femmes victimes de violences conjugales.

En général, dans les couples où la femme est victime de violences de la part de son conjoint, l'amour n'y est pas pour autant moins sincère, ce sont des couples qui manquent de distance entre eux(86). Le schéma "Carence affective" n'a pas obtenu de score plus élevé chez les femmes ayant un TSPT dans cette étude. Le conjoint qui a recours à la violence a un sentiment de dépendance hypertrophié(86), ce qui est aussi retrouvé avec l'étude concernant les maris violents où le domaine "Dépendance aux autres" est associé dans sa globalité à ce trouble. Nous ne retrouvons pas ce domaine chez les femmes souffrant de TSPT, ni le schéma "Fusionnement / Personnalité atrophiée" . Les femmes victimes de violences conjugales n'ont pas un comportement passif, mais restreignent leurs réactions à celles qui leur semblent les plus appropriées pour se protéger au fur et à mesure qu'elles subissent ces violences(87). Par ailleurs, elles idéalisent la et leur vie de couple(86) ce qui explique que le schéma "Négativité / Pessimisme" ne soit pas plus exprimé chez ces femmes.

L'analyse de ces résultats semble montrer que les femmes victimes de violences conjugales avec TSPT sur-expriment les mêmes schémas déjà retrouvés dans cette population. Il n'existe pas de profil psychologique ou social type concernant les femmes victimes de violences conjugales, mais le facteur de risque relevé comme étant le plus important est celui d'avoir déjà été victime de ce type de violences, ce qui est décrit comme "la revictimisation" : après séparation du conjoint à cause de la violence, elles ont un fort risque de se retrouver dans la même situation(88). La revictimisation est corrélée au risque de développement de TSPT(88), ce qui pourrait nous faire

évoquer la possibilité que les femmes exprimant les schémas des domaines "Séparation et rejet" et "Manque d'autonomie et de performance" sont plus à risque d'être victimes de violences conjugales, de revictimisation et de TSPT. Et parmi les femmes victimes de violences conjugales, la présence de ces schémas pourrait être un facteur de risque de revictimisation et de TSPT.

#### 4.4.5 Chez les personnes sans domiciles fixes :

La population des sans-abris est hétérogène ainsi que les facteurs qui conduisent à la rue, qui sont principalement l'absence d'emploi, le faible réseau social et le fait d'être issu d'un milieu modeste(89). Les maltraitances, en particulier cumulées, dans l'enfance et à l'âge adulte sont fréquentes chez les personnes sans domicile fixe, chez qui l'on retrouve fréquemment "la revictimisation"(90,91). Loin de l'image erronée de l'absence de repères, ceux-ci sont existants, bien que différents : ils sont adoptés de façon contrainte pour tenter de s'adapter à la situation en vue de répondre au besoin de sécurité. Cependant, la perte de ces nouveaux repères peut aboutir à une période d'errance qui est l'un des freins majeurs à son éventuelle sortie de rue.(92)

La morbidité et la mortalité des personnes sans-abri sont bien plus importantes que dans la population générale(93). Ils sont surexposés à la violence, aux accidents et aux intoxications, et ont une consommation plus importante de tabac, d'alcool et de drogues(94). L'insécurité alimentaire est responsable du développement de maladies métaboliques et carencielles(95) et on assiste à un phénomène de vieillissement précoce avec la survenue prématurée de maladies chroniques et dégénératives(96). De plus, les personnes sans-abris ont une perception particulière de leur santé : la maladie est un problème secondaire, il faut savoir endurer la souffrance. En effet, le sur-contrôle émotionnel engendre un recours aléatoire aux soins, de mauvaises observances thérapeutiques, voire un refus de soins(97), le "Sur-contrôle émotionnel" étant un schéma corrélé à la survenue de TSPT chez ces personnes. Sur le plan de la santé psychologique, ils ont d'importants troubles psychosomatiques, avec un manque d'estime de soi, et une angoisse marquée. Cela augmente leur incapacité à faire face(98). Ainsi, la "Peur du danger / de la maladie" est aussi corrélée à la survenue de TSPT, mais de façon plus étonnante, ce n'est pas le cas du schéma "Échec". Dans l'étude de Taylor, l'ensemble du domaine "Séparation et rejet" est entièrement corrélé à la survenue de TSPT, ce qui pourrait sembler intuitivement logique, sauf, étonnamment, le schéma "Exclusion / Isolement social". Le sujet sans abris reste acteur dans le processus d'exclusion, en interaction avec son environnement : pour survivre, il va y avoir une sur-

adaptation paradoxale via des stratégies de défense identitaires où il ne se sentira plus en situation d'exclusion (par exemple avec d'autres sans-abris, mais aussi via l'intermédiaire de l'adoption d'un chien)(99). Nous pouvons aussi noter que le schéma "Autodiscipline et contrôle de soi atrophiés" semble corrélé à la survenue de TSPT, alors que l'ensemble des schémas du domaine "Dépendance aux autres" ne le sont pas. Selon une étude, plus de 30 % des personnes en grande précarité en région Île de France (à la rue, avec ou sans hébergement, en hôtel à la nuit ou sans abri) présentent des troubles mentaux graves(100), donc a contrario 70 % de ces personnes ne sont pas dans ce cas-là.

Ces personnes ont donc fréquemment subi des situations difficiles avant puis pendant la période sans-abris, qui peuvent être vécues comme des traumatismes responsables de TSPT. Il y a peu d'études concernant les schémas des personnes sans-abris, il est donc difficile de comparer le sur-risque lié au développement de TSPT, mais il semblerait logique que les SPI relevés ici jouent un rôle à la fois dans l'accroissement de la précarité et dans la survenue de TSPT chez ces personnes.

#### 4.4.6 Chez les personnes toxicomanes :

La co-morbidité psychiatrique est particulièrement élevée chez les sujets toxicomanes : 52 % pour lesquels un diagnostic psychiatrique est posé, avec 13 % de syndromes dépressifs, 6 % de TSPT, 1 % de trouble obsessionnel compulsif, 3 % de troubles bipolaires, 11 % de troubles psychotiques, 2 % de pharmacopsychose, 12 % de personnalité borderline, 4 % de personnalité psychopathique(101). L'utilisation des drogues en vue de calmer des symptômes psychopathologiques sous-jacents est fréquente (par exemple l'anxiété par les opiacés ou le cannabis, l'inhibition par l'alcool ou les psychostimulants, la dépression par les amphétamines) (102). Il existe un lien important entre le vécu de traumatisme(s) et de TSPT d'une part et l'abus de substances d'autre part(103,104), ainsi qu'une relation forte et significative entre l'intensité du TSPT et la sévérité de l'addiction aux substances(105–108). Une étude chez des toxicomanes suivis à l'hôpital Tenon montre qu'ils ont été dans 80 % des cas témoins ou victimes de scènes potentiellement traumatisantes(109). Une autre étude estime à 92 % le taux d'héroïnomanes ayant été exposés à un événement traumatique, et 42 % d'entre eux ayant développé un TSPT(110), et ces derniers sont ceux qui consomment plus, depuis plus longtemps et une plus grande variété de produits.(110,111)

Par ailleurs , diverses études chez des personnes souffrant de toxicomanies, ont retrouvé des scores significativement plus élevés pour quasiment tous les SPI(112–115).

Au vu de la diversité des traumatismes potentiellement responsables du TSPT, et de la même façon que décrit précédemment pour les personnes sans-abris, il est difficile de discuter le sur-risque de présenter chaque SPI retrouvé ici comme étant lié au développement de TSPT. Nous observons cependant que dans cette étude, la majorité des SPI sont associés au développement de TSPT chez les personnes toxicomanes, les trois domaines surexprimés en particulier étant "Séparation et rejet", "Dépendance aux autres" et "Manque de limites". C'est la seule étude qui retrouve ce dernier domaine surexprimé en entier, le schéma "Autodiscipline et contrôle de soi atrophiés" étant aussi retrouvé corrélé au développement de TSPT dans l'étude chez les personnes sans-abris. Intuitivement, ce domaine semble bien correspondre aux personnes toxicomanes (puisque prendre des risques avec des toxiques va dans le sens d'une absence de limites), contrairement aux populations étudiées dans les autres études.

Ici, Lecigne et Tapia concluent que les SPI sont au centre de la relation PTSD-trouble lié à l'usage de substances, et deviennent ainsi une cible thérapeutique privilégiée à atteindre pour les modèles thérapeutiques. Par la suite, Tapia et al. ont proposé pour ces patients l'utilisation combinée de la thérapie des schémas et de la désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires, avec des résultats significatifs. Cette dernière étude a été sélectionnée dans notre revue de la littérature car elle remplit les critères de sélection, bien que les scores des différents SPI ne soient pas disponibles dans la publication.

#### 4.4.7 Dans les situations de stress professionnel :

Les deux études sélectionnées ici qui s'intéressent à des situations de traumatisme rencontrées a priori en milieu professionnels sont celles qui ont un critère qualité STROBE le moins élevé, rendant l'interprétation des résultats plus sujette à caution.

Boudoukha et al. retrouvent tous les SPI recherchés comme étant corrélés au TSPT chez des gardiens de prison, hormis le schéma "Échec", et ceux du domaine "Manque de limites". Ces derniers SPI sembleraient logiquement peu retrouvés de façon générale chez des personnes dont la profession est de surveiller des criminels ayant par définition transgressé des limites.

Price, qui s'intéresse à des professions d'assistance, retrouve le schéma "Carence affective" comme étant corrélés au TSPT. Ces personnes s'occupent des autres, l'on pourrait s'attendre à ce qu'elles aient plus d'empathie, mais aussi soient plus sensible à l'empathie que l'on leur témoigne. Les schémas "Dépendance / Incompétence" et "Échec", aussi corrélés au TSPT ici, peuvent être particulièrement mal vécus chez les personnes dont la vocation a été de venir en aide aux autres. L'auteur de cette étude évoque les mécanismes de défense contre l'anxiété où l'individu se concentre sur les bonnes expériences et rejette les mauvaises.

#### 4.4.8 Chez les vétérans de guerre, et les témoins d'attentat :

Les trois études chez les vétérans de guerre donnent des résultats divers. Le seul SPI retrouvé corrélé au TSPT dans toutes ces études est celui de la "Peur du danger / de la maladie", ce qui est évident chez des personnes qui ont vécues des situations de danger vital immédiat.

De façon très intéressante, Ahmadian et al. ont cherché à voir si certains SPI pouvait être corrélés à une moindre survenue de TSPT, ce qui semble être le cas dans cette population pour "Carence affective", "Recherche approbation / reconnaissance" et de "Négativité / Pessimisme". Pour le premier de ces trois schémas, il semble évident que l'individu souffrant de carence affective, qui lui-même a un manque d'empathie vis-à-vis des autres(116), le protège des traumatismes psychologiques liés à la violence vécues dans le cadre d'une guerre où un être humain va chercher à en blesser d'autres. La "Recherche approbation / reconnaissance" donne du sens aux horreurs que l'individu peut être amené à réaliser via les éventuelles médailles et montées en grades. La "Négativité / Pessimisme" pourrait permettre à celui-ci de relativiser ce qu'il vit.

Dans l'étude qui s'intéresse aux SPI présents chez des personnes témoins d'un attentat terroriste, deux des trois schémas corrélés au TSPT, "Carence affective" et "Négativité / Pessimisme", sont notés comme protecteurs dans l'étude d'Ahmadian et al. Nous pourrions penser que les vétérans ont pu vivre le même type de traumatisme, mais une différence majeure entre ces deux études sont les populations exposées : les vétérans ont choisi ce métier, avec une connaissance au moins partielle des éventuels traumatismes à vivre. Pour toutes les études sélectionnées, le traumatisme à l'origine du TSPT est probablement récurant dans la vie des individus, sauf dans le cas de l'attentat à la voiture piégée, où il est unique, totalement inattendu,

sidérant. Le cerveau est brutalement devant un inconnu dévastateur, il n'a pas de repères et n'a pas le temps d'en avoir, il est pris au dépourvu, dans sa fragilité qui se révèle alors soudainement. Cependant la reviviscence de l'événement pourrait en faire de la même façon, un traumatisme devenu récurrent.

#### **4.5 Discussion générale et conclusion**

Nous avons vu ici que les schémas précoces inadaptés sont fréquemment corrélés à la survenue de TSPT chez des personnes qui vivent un événement pouvant être vécu comme traumatisant, et ces schémas sont différents en fonction du traumatisme vécu. Par ailleurs, il semble probable que certains SPI puissent faire partie de mécanismes protecteurs contre le vécu de l'événement traumatisant(117).

Le traitement psychologique du TSPT fait appel à la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi qu'à la technique développée ces dernières années de désensibilisation et du retraitement par les mouvements oculaires(118).

Or, dans le cadre de la thérapie cognitivo-comportementale, pour traiter les personnes souffrant de TSPT et leurs cognitions inadaptées, il est important de tenir compte du fait que les schémas inadaptés précoces sont très persistants puisqu'ils se sont développés pour aider l'individu à faire face aux différentes situation pour les vivre le mieux possible.

Cette revue de la littérature fait partie d'un travail plus vaste comme décrit précédemment, l'étude "PTSD BO2", dont le but est l'analyse de différentes composantes de la santé mentale chez des étudiants, permettant une meilleure compréhension des certains troubles dont le TSPT, en vue de développer des outils utilisables facilement en médecine générale, voire par les patients eux-mêmes.

Nous avons ici mis en évidence dans différentes études l'importance des SPI dans la survenue de TSPT. L'étude "PTSD BO2", qui est une étude transversale conduite à grande échelle peut nous permettre une analyse plus fine des SPI corrélés à la survenue de TSPT, ainsi que du type de traumatisme vécu, et des filières professionnelles dans lesquelles sont intégré les différentes personnes. Suite à cette analyse, pourrait en découler une prévention chez les personnes

présentant certains SPI, mais aussi des recommandations concernant la prise en charge thérapeutique de certains SPI. Un dépistage pourrait-être proposé, soit en médecine générale, soit via le service de santé universitaire, ou encore nous pourrions imaginer via une application sur téléphone, mais avec nécessité de pouvoir avoir une orientation vers des professionnels qualifiés pour la prise en charge de ces troubles.

1. Pignol P, Hirschelmann-Ambrosi A. La querelle des névroses : les névroses traumatiques de H. Oppenheim contre l'hystéro-traumatisme de J.-M. Charcot. *L'information psychiatrique*. 31 juill 2014;Volume 90(6):427-37.
2. Crocq L, Bachelart M, Bioy A. Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2013;171:662-6.
3. Ribeton M. « Reconnaissance » et « réparation » des troubles psychiques de guerre dans les armées françaises : perception subjective des militaires. Étude exploratoire qualitative chez 15 militaires français souffrant d'état de stress post-traumatique imputable au service [Internet]. Thèse d'exercice de médecine. Université de Lorraine; 14 mars 2018 Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734441>
4. Crocq M-A, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci*. mars 2000;2(1):47-55.
5. Kuester A, Köhler K, Ehring T, Knaevelsrud C, Kober L, Krüger-Gottschalk A, et al. Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: changes in PTSD prevalence in military personnel. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1386988.
6. JOLLY (A.), JOLLY (A.). Événements traumatiques et Etat de Stress Post-Traumatique : Une revue de la littérature épidémiologique. *Événements traumatiques et Etat de Stress Post-Traumatique : Une revue de la littérature épidémiologique*. 2000;
7. Guay S, Marchand A. Les troubles liés aux événements traumatiques. Les Presses de l'Université de Montréal Juin 2006 . Disponible sur: <https://www.pum.umontreal.ca/catalogue/les-troubles-lies-aux-evenements-traumatiques>
8. Dalgleish T. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychol Bull*. mars 2004;130(2):228-60.
9. Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, Shin LM, Orr SP, Gilbertson MW, et al. Biological Studies of Posttraumatic Stress Disorder. *Nat Rev Neurosci*. nov 2012;13(11):769-87.
10. Gatta E, Saudagar V, Auta J, Grayson DR, Guidotti A. Epigenetic landscape of stress surfeit disorders: Key role for DNA methylation dynamics. *Int Rev Neurobiol*. 2021;156:127-83.
11. M.D WEP. Beck, Aaron T. *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. Pp. 370. \$4.45. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1 avr 1974;16(4):281-2.
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press. 3 nov 2006. Disponible sur: <https://www.guilford.com/books/Schema-Therapy/Young-Klosko-Weishaar/9781593853723>
13. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. *Cognitive Therapy and Research*. 1 avr 2001;25(2):137-47.
14. PASCAL B. *La thérapie des schémas: Principes et outils pratiques*. Elsevier Health Sciences; 2018. 294 p.

15. Gauthier C, Chaloult G, Goulet J, Ngo T-L. Guide de pratique pour la thérapie des schémas. 2019 janv.
16. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*. 21 juill 2009;6(7):e1000097.
17. Radua J. PRISMA 2020 - An updated checklist for systematic reviews and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. mai 2021;124:324-5.
18. Page MJ, Shamseer L, Tricco AC. Registration of systematic reviews in PROSPERO: 30,000 records and counting. *Syst Rev*. 20 févr 2018;7(1):32.
19. Advanced Search Results [Internet]. PubMed. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>
20. BASE (Bielefeld Academic Search Engine): Recherche simple [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: <https://base-search.net/>
21. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 5 déc 2016;5(1):210.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):34-8.
23. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17(3):165-82.
24. Ribeiro SCM. A centralidade dos eventos traumáticos em ex-combatentes de guerra [Internet] [masterThesis]. ISPA - Instituto Universitário; 2013 [cité 27 févr 2021]. Disponible sur: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2783>
25. Ahmadian A, Mirzaee J, Omidbeygi M, Holsboer-Trachsler E, Brand S. Differences in maladaptive schemas between patients suffering from chronic and acute posttraumatic stress disorder and healthy controls. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1677-84.
26. Valencia MB, Arredondo NHL, López GCH, Delgado LC. Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquía)*. 2015;7(1):57-72.
27. Price JP. Cognitive schemas, defence mechanisms and post-traumatic stress symptomatology. *Psychol Psychother*. sept 2007;80(Pt 3):343-53.
28. Boudoukha AH, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *European Review of Applied Psychology*. 1 juill 2016;66(4):181-7.
29. Harding HG, Burns EE, Jackson JL. Identification of Child Sexual Abuse Survivor Subgroups Based on Early Maladaptive Schemas: Implications for Understanding Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity. *Cogn Ther Res*. 1 oct 2012;36(5):560-75.

30. Motley L. CHILDHOOD SEXUAL ASSAULT, SCHEMAS, AND REVICTIMIZATION: THE ROLE OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS ON REVICTIMIZATION. Electronic Theses, Projects, and Dissertations [Internet]. 1 juin 2016; Disponible sur: <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/389>
31. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis.* janv 2008;196(1):71-4.
32. Karatzias T, Jowett S, Begley A, Deas S. Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: foundations for a cognitive theory of psychopathology. *Eur J Psychotraumatol.* 2016;7:30713.
33. Vasilopoulou E, Karatzias T, Hyland P, Wallace H, Guzman A. The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Childhood Traumatic Events and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Older Adults (>64 Years). *Journal of Loss and Trauma.* 17 févr 2020;25(2):141-58.
34. Calvete E, Estévez A, Corral S. [Posttraumatic Stress Disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women]. *Psicothema.* août 2007;19(3):446-51.
35. Kachadourian LK, Taft CT, Holowka DW, Woodward H, Marx BP, Burns A. Maladaptive dependency schemas, posttraumatic stress hyperarousal symptoms, and intimate partner aggression perpetration. *J Trauma Stress.* oct 2013;26(5):580-7.
36. Taylor K. Posttraumatic stress disorder among homeless adults in Sydney. 1 janv 2006 ; Disponible sur: <https://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/1146>
37. Lecigne M, Tapia G. Trouble de stress post-traumatique et trouble lié à l'usage de substances illicites : le rôle médiateur des schémas précoces inadaptés. *Pratiques Psychologiques.* 1 déc 2016;22(4):417-30.
38. Tapia G, Perez-Dandieu B, Lenoir H, Othily E, Gray M, Delile J-M. Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use.* 4 mars 2018;23(2):199-205.
39. Carvalho T, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Duarte J. Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)--II: diagnostic utility. *Braz J Psychiatry.* mars 2015;37(1):55-62.
40. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behav Res Ther.* déc 2003;41(12):1489-96.
41. Lauterbach D, Vrana S. Three Studies on the Reliability and Validity of a Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder. *Assessment.* 1 mars 1996;3(1):17-25.
42. Bovin MJ, Marx BP, Weathers FW, Gallagher MW, Rodriguez P, Schnurr PP, et al. Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychol Assess.* nov 2016;28(11):1379-91.
43. McCarthy S. Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occup Med (Lond).* août 2008;58(5):379.

44. Reichenheim ME, Oliveira AG, Moraes CL, Coutinho ES, Figueira I, Lobato G. Reappraising the dimensional structure of the PTSD Checklist: lessons from the DSM-IV-based PCL-C. *Braz J Psychiatry*. juin 2018;40(2):154-62.
45. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. déc 2018;138(6):536-46.
46. Echeburúa E, Amor PJ, Muñoz JM, Sarasua B, Zubizarreta I. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*. 1 janv 2017;27(1):67-77.
47. Komiti AA, Jackson HJ, Judd FK, Cockram AM, Kyrios M, Yeatman R, et al. A comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI-Auto) with clinical assessment in diagnosing mood and anxiety disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. avr 2001;35(2):224-30.
48. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. Évaluation des états de stress post-traumatique : validation d'une échelle, la PCLS. *L'Encéphale* Vol 29 N°3 p 232-238 juin 2003. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/83182/evaluation-des-etats-de-stress-post-traumatique-va>
49. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM. Acute Stress Disorder Scale: a self-report measure of acute stress disorder. *Psychol Assess*. mars 2000;12(1):61-8.
50. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med*. sept 1997;27(5):1193-203.
51. Gehrt TB, Berntsen D, Hoyle RH, Rubin DC. Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. nov 2018;65:57-80.
52. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1961;4:561-71.
53. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory--Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185-92.
54. Arredondo NHL, López GCH, Lopera ICP, Posada S, Rendón DA, Acevedo DCA. Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). *Universitas psychologica*. 2006;5(2):327-50.
55. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.
56. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*. avr 1993;181(4):246-56.

57. Scher CD, Stein MB, Asmundson GJG, McCreary DR, Forde DR. The Childhood Trauma Questionnaire in a Community Sample: Psychometric Properties and Normative Data. *J Trauma Stress*. 1 oct 2001;14(4):843-57.
58. Briere J, Hedges M. Trauma Symptom Inventory. In: *The Corsini Encyclopedia of Psychology* [Internet]. American Cancer Society; 2010. p. 1-2. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470479216.corpsy1010>
59. Eaton WW, Smith C, Ybarra M, Muntaner C, Tien A. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). In: *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults, Volume 3, 3rd ed.* Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004. p. 363-77.
60. Koss MP, Collaboration SES. Sexual Experiences Survey—Long Form Victimization (SES-LFV). 2006 ; Disponible sur: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1482>
61. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. déc 1986;174(12):727-35.
62. Borschmann R, Hogg J, Phillips R, Moran P. Measuring self-harm in adults: a systematic review. *Eur Psychiatry*. avr 2012;27(3):176-80.
63. Jordan CH. Rosenberg Self-Esteem Scale. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, éditeurs. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 4518-20. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_1155](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1155)
64. Vaurio R. Symptom Checklist-90-Revised. In: Kreutzer JS, DeLuca J, Caplan B, éditeurs. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* [Internet]. New York, NY: Springer; 2011. p. 2447-50. Disponible sur: [https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3\\_2012](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_2012)
65. STRAUS MA, HAMBY SL, BONEY-McCOY S, SUGARMAN DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*. 1 mai 1996;17(3):283-316.
66. Zumalde EC, Corral S, Gutiérrez AE. Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y salud: Investigación Empírica en Psicología*. 2005;16(3):203-21.
67. Kubany ES, Haynes SN, Leisen MB, Owens JA, Kaplan AS, Watson SB, et al. Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychol Assess*. juin 2000;12(2):210-24.
68. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. juin 1993;88(6):791-804.
69. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. juin 2005;44(Pt 2):227-39.
70. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 1982;7(4):363-71.

71. Bebbington P, Nayani T. The Psychosis Screening Questionnaire. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1995;5(1):11-9.
72. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. sept 1987;144(9):1184-8.
73. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*. 1992;9(3):199-213.
74. Chauchard E, Goutaudier N, Heishman SJ, Gorelick DA, Chabrol H. Validation of the French version of the marijuana craving questionnaire (MCQ) generates a two-factor model. *Am J Drug Alcohol Abuse*. janv 2015;41(1):82-7.
75. Anseau M, Besson J, Lejoyeux M, Pinto E, Landry U, Cornes M, et al. A French translation of the obsessive-compulsive drinking scale for craving in alcohol-dependent patients: a validation study in Belgium, France, and Switzerland. *Eur Addict Res*. juin 2000;6(2):51-6.
76. Hautekeete M, Hautekeete-Sence D, Rusinek S, et coll. Une nouvelle version du test inspiré de Young sur les schémas cognitifs maladaptés précoces. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. Hors série 49. 2001;
77. Institut national de santé publique du Québec. Conséquences des agressions sexuelles dans l'enfance [Internet]. INSPQ. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/comprendre/consequences>
78. Ndiaye I, Bâ I, Faye PL, Thiam MH, Moro MR. Aspects psychologiques et sociaux chez des mineures victimes d'abus sexuels. *L'information psychiatrique*. 12 avr 2017;Volume 93(3):243-9.
79. La maltraitance des enfants [Internet]. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
80. Tursz A. Les conséquences de la maltraitance dans l'enfance sur la santé physique et mentale à l'âge adulte : approche épidémiologique de santé publique. *Revue française des affaires sociales*. 31 juill 2013;(1):32-50.
81. Nathanson AM, Shorey RC, Tirone V, Rhatigan DL. The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*. janv 2012;3(1):59-75.
82. INSPQ. Conséquences des violences conjugales [Internet]. INSPQ. [cité 30 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/consequences>
83. Khosravi Z, Attari A, Rezaei S. Intimate partner violence in relation to early maladaptive schemas in a group of outpatient Iranian women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 1 janv 2011;30:1374-7.
84. Vieira de Medeiros LM, Ribeiro Ribas V. Early maladaptive schemas of women who are victims of domestic violence in Pernambuco/Brazil. *Revista Neurobiologia - Volume 77 - Janeiro/Junho de 2014*. Disponible sur: <https://revistaneurobiologia.com.br/198-early-maladaptive-schemas-of-women-who-are-victims-of-domestic-violence-in-pernambuco-brazil>

85. Rahme C, Haddad C, Akel M, Khoury C, Obeid H, Hallit S, Obeid S. Correlation between early maladaptive schemas and violence against women among a representative sample from a Lebanese population: Results of a cross-sectional study | Research Square 23 jan 2020. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-12251/v1>
86. Manseur Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. *Pensee plurielle*. 2004;no 8(2):103-18.
87. B. R. Lucienne Gilloz, Jacqueline de Puy, Véronique Ducret, Domination et violence envers la femme dans le couple. Lausanne : Ed. Payot, 1997. Face à face Regards sur la santé [Internet]. 1 sept 1999. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/faceaface/471>
88. Kuijpers KF, van der Knaap LM, Lodewijks IAJ. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: a systematic review of prospective evidence. *Trauma Violence Abuse*. oct 2011;12(4):198-219.
89. Patrick BRUNETEAUX, Bill EDGAR, Jean-Marie FIRDION. Qu'est-ce qui conduit à la rue ? Conférence de consensus pour les sans abri [Internet]. Conférence de consensus pour les sans abri. Nov 2007. Disponible sur: [https://sans-abri.typepad.fr/conference\\_de\\_consensus/](https://sans-abri.typepad.fr/conference_de_consensus/)
90. Kushel MB, Evans JL, Perry S, Robertson MJ, Moss AR. No Door to Lock: Victimization Among Homeless and Marginally Housed Persons. *Arch Intern Med*. 10 nov 2003;163(20):2492.
91. Edalati H, Krausz M, Schütz CG. Childhood Maltreatment and Revictimization in a Homeless Population. *J Interpers Violence*. sept 2016;31(14):2492-512.
92. Achard C. Sans-abrisme et errance : entre causes et conséquences. *Sociographe*. 21 avr 2016;N° 53(1):85-96.
93. La Lettre de l'ONPES n° 3 - septembre 2013 - Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale [Internet]. Disponible sur: <https://onpes.gouv.fr/la-lettre-de-l-onpes-no-3.html>
94. Baggett TP, Chang Y, Singer DE, Porneala BC, Gaeta JM, O'Connell JJ, et al. Tobacco-, alcohol-, and drug-attributable deaths and their contribution to mortality disparities in a cohort of homeless adults in Boston. *Am J Public Health*. juin 2015;105(6):1189-97.
95. Lee BA, Greif MJ. Homelessness and hunger. *J Health Soc Behav*. mars 2008;49(1):3-19.
96. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med*. janv 2012;27(1):16-22.
97. Benoist Y. Vivre dans la rue et se soigner. *Sciences sociales et sante*. 2008;Vol. 26(3):5-34.
98. Cha Olivier. La santé des sans-abri. *Bull Académie Nationale de Médecine* Vol 197 N°2 p277-291, fèv 2013. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1302850/article/la-sante-des-sans-abri>
99. Chevalier J, Langlard G, Maléfan PL, Bouteyre É. Stratégies de défense et exclusion sociale : la suradaptation paradoxale des sans domicile fixe (SDF). *Bulletin de psychologie*. 23 févr 2017;Numéro 547(1):33-44.

100. Mercuel A. SDF : Aspect psychopathologique et comportement. Bull Académie Nationale de Médecine Vol 197 N°2 p271-273, fev 2013. Disponible sur:  
<https://www.em-consulte.com/article/1302849/article/sdf-aspect-psychopathologique-et-comportement>
101. Balas M-N. Comorbidités psychiatriques : prévalence chez les toxicomanes fréquentant un centre de soins spécialisés [Internet]. Le Flyer HS N°3 Vol.2, sept 2004. Disponible sur:  
<https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/170-comorbidites-psychiatriques-prevalence-chez-les-toxicomanes-frequentant-un-centre-de-soins-specialises.html>
102. Morel, A. Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie (2004) [Internet]. Le Flyer HS N°3 Vol.2, sept 2004. Disponible sur:  
<https://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/comorbidites/comorbidites-psychiatriques/167-troubles-psychiatriques-associes-a-la-toxicomanie.html>
103. Simmons S, Suárez L. Substance Abuse and Trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. oct 2016;25(4):723-34.
104. Brown PJ, Recupero PR, Stout R. PTSD substance abuse comorbidity and treatment utilization. Addict Behav. avr 1995;20(2):251-4.
105. Blood L, Cornwall A. Childhood Sexual Victimization as a Factor in the Treatment of Substance Misusing Adolescents. Substance Use & Misuse. 1 janv 1996;31(8):1015-39.
106. Gray N. Addressing trauma in substance abuse treatment with American Indian adolescents. J Subst Abuse Treat. oct 1998;15(5):393-9.
107. Hiebert-Murphy D, Woytkiw L. A model for working with women dealing with child sexual abuse and addictions: The Laurel Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada. J Subst Abuse Treat. juin 2000;18(4):387-94.
108. Cusack KJ, Herring AH, Steadman HJ. PTSD as a mediator between lifetime sexual abuse and substance use among jail diversion participants. Psychiatric Services. 2013;64(8):776-81.
109. Kédia M. 23. Addictions. Vol. 2e éd., L'Aide-mémoire de psychotraumatologie. Dunod; 2013. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie--9782100593330-page-174.htm>
110. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, Ross J, Darke S. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. Drug and Alcohol Dependence. 7 mars 2005;77(3):243-9.
111. Brown PJ, Read JP, Kahler CW. Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. In: Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2003. p. 171-88.
112. Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. Br J Clin Psychol. sept 2004;43(Pt 3):337-42.

113. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in early maladaptive schemas between a sample of young adult female substance abusers and a non-clinical comparison group. *Clin Psychol Psychother.* févr 2014;21(1):21-8.
114. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Early Maladaptive Schemas among Young Adult Male Substance Abusers: A Comparison with a Non-Clinical Group. *J Subst Abuse Treat.* mai 2013;44(5):522-7.
115. Roper L., Dickson J., Tinwell C, Booth P., McGuire J. Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program Cognitive Therapy and Research 34, 207-215, 2010. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-009-9252-z>
116. Ducatteeuw G. De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel. *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles.* 12 nov 2018;N° 7(1):29-47.
117. Billoux S, Chapelle F, Giocanti-Belmonte C, Callahan S. Étude des relations entre les schémas précoces inadaptés, les stratégies de coping et la flexibilité psychologique chez des sujets présentant des troubles anxieux. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 1 juin 2012;22(2):46-52.
118. WHO | WHO guidelines on conditions specifically related to stress [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](https://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)
119. Poinot R. DSM-IV-TR (Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition, Texte Révisé) [Internet]. EM-Consulte. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/96893/dsm-iv-tr-manuel-diagnostique-et-statistique-des-t>
120. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
121. Courtebras B. Socialisation et performances mathématiques : l'enseignement des probabilités aux élèves techniciens supérieurs [Internet] [These de doctorat]. Lyon 2; 2005 [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2005LYO20006>
122. A. Béguin et P. Thévenaz. Henri Bergson. Essais et témoignages.
123. F.Buongiorno, R.Ronchi e C.Zanfi. Bergson dal vivo. *Lo sguardo, rivista di filosofia.* n°26. 2018;
124. Jean PIAGET , Bärbel INHELDER. La psychologie de l'enfant. Quadrige. PUF - PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE;
125. Fondation Jean Piaget - Détail Notion [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: [http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/oeuvre/index\\_notions\\_nuage.php?NOTIONID=239](http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/oeuvre/index_notions_nuage.php?NOTIONID=239)

126. Balsamo M, Carlucci L, Sergi MR, Klein Murdock K, Saggino A. The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relation between Co-Rumination and Depression in Young Adults. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140177.
127. Khosravani V, Mohammadzadeh A, Sheidaei Oskouyi L. Early maladaptive schemas in patients with schizophrenia and non-patients with high and low schizotypal traits and their differences based on depression severity. *Compr Psychiatry*. janv 2019;88:1-8.
128. Sundag J, Ascone L, de Matos Marques A, Moritz S, Lincoln TM. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry Res*. 30 avr 2016;238:53-9.
129. Nilsson KK. Early Maladaptive Schemas in Bipolar Disorder Patients With and Without Suicide Attempts. *J Nerv Ment Dis*. mars 2016;204(3):236-9.
130. Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K, Claes L. Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients With or Without Non-Suicidal Self-Injury. *Eur Eat Disord Rev*. sept 2016;24(5):399-405.
131. Batool N, Shehzadi H, Riaz MN, Riaz MA. Paternal malparenting and offspring personality disorders: Mediating effect of early maladaptive schemas. *J Pak Med Assoc*. avr 2017;67(4):556-60.
132. Esmailian N, Dehghani M, Koster EHW, Hoorelbeke K. Early maladaptive schemas and borderline personality disorder features in a nonclinical sample: A network analysis. *Clin Psychol Psychother*. mai 2019;26(3):388-98.
133. Kunst H, Lobbestael J, Candel I, Batink T. Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clin Psychol Psychother*. nov 2020;27(6):837-46.
134. Koppers D, Van H, Peen J, Dekker JJM. Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychother Res*. 3 déc 2020;1-12.
135. Zirakbash A, Naderi F, Enayati MS. One of early maladaptive schemas' causal relationship through metacognitive beliefs with borderline and antisocial personality patterns. *J Educ Health Promot*. 2015;4:62.
136. Frías Á, Navarro S, Palma C, Farriols N, Aliaga F, Salvador A, et al. Early maladaptive schemas associated with dimensional and categorical psychopathology in patients with borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother*. janv 2018;25(1):e30-41.
137. Flink N, Honkalampi K, Lehto SM, Leppänen V, Viinamäki H, Lindeman S. Comparison of early maladaptive schemas between borderline personality disorder and chronic depression. *Clin Psychol Psychother*. 14 mars 2018;
138. Kwak K-H, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*. 30 déc 2015;230(3):757-62.
139. Sunde T, Hummelen B, Himle JA, Walseth LT, Vogel PA, Launes G, et al. Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 26 oct 2019;19(1):318.

140. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, et al. Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Glob J Health Sci.* 1 oct 2016;8(10):53398.
141. Elmquist J, Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. A preliminary investigation of the relationship between early maladaptive schemas and compulsive sexual behaviors in a substance-dependent population. *J Subst Use.* 2016;21(4):349-54.
142. Efrati Y, Shukron O, Epstein R. Early Maladaptive Schemas Are Highly Indicative of Compulsive Sexual Behavior. *Eval Health Prof.* 23 déc 2020;163278720983428.
143. Philipsen A, Lam AP, Breit S, Lücke C, Müller HH, Matthies S. Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* juin 2017;9(2):101-11.
144. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. *J Psychoactive Drugs.* août 2015;47(3):230-8.
145. Kaeding A, Sougleris C, Reid C, van Vreeswijk MF, Hayes C, Dorrian J, et al. Professional Burnout, Early Maladaptive Schemas, and Physical Health in Clinical and Counselling Psychology Trainees. *J Clin Psychol.* déc 2017;73(12):1782-96.
146. Simpson S, Simionato G, Smout M, van Vreeswijk MF, Hayes C, Sougleris C, et al. Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clin Psychol Psychother.* janv 2019;26(1):35-46.
147. Meneguzzo P, Collantoni E, Bonello E, Busetto P, Tenconi E, Favaro A. The predictive value of the early maladaptive schemas in social situations in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* mai 2020;28(3):318-31.
148. Aloï M, Rania M, Caroleo M, Carbone EA, Fazia G, Calabrò G, et al. How are early maladaptive schemas and DSM-5 personality traits associated with the severity of binge eating? *J Clin Psychol.* mars 2020;76(3):539-48.
149. da Luz FQ, Sainsbury A, Hay P, Roekenes JA, Swinbourne J, da Silva DC, et al. Early Maladaptive Schemas and Cognitive Distortions in Adults with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status. *Behav Sci (Basel).* 28 févr 2017;7(1).
150. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon.* sept 2019;5(9):e02361.
151. Katona Z, Körmendi A. [Examination of the Young maladaptive schemas in a group of Gamblers Anonymous]. *Psychiatr Hung.* 2012;27(6):435-45.
152. Camart N, Cotte M, Leignel S, Bouvet C, Limosin F. [Dimensions of personality, attachment style and early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients: Are there gender-specific differences?]. *Encephale.* déc 2016;42(6):523-8.
153. Janson DL, Harms CA, Hollett RC, Segal RD. Differences between Men and Women Regarding Early Maladaptive Schemas in an Australian Adult Alcohol Dependent Clinical Sample. *Subst Use Misuse.* 2019;54(2):177-84.

154. Estévez A, Jauregui P, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D. The Role of Early Maladaptive Schemas in the Appearance of Psychological Symptomatology in Adult Women Victims of Child Abuse. *J Child Sex Abus.* déc 2017;26(8):889-909.
155. Estévez A, Ozerinjauregi N, Herrero-Fernández D, Jauregui P. The Mediator Role of Early Maladaptive Schemas Between Childhood Sexual Abuse and Impulsive Symptoms in Female Survivors of CSA. *J Interpers Violence.* févr 2019;34(4):763-84.
156. Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray KN. Exploration of Associations Between Early Maladaptive Schemas, Impaired Emotional Regulation, Coping Strategies and Resilience in Opioid Dependent Poly-Drug Users. *Subst Use Misuse.* 6 déc 2018;53(14):2320-9.
157. Zamirinejad S, Hojjat SK, Moslem A, MoghaddamHosseini V, Akaberi A. Predicting the Risk of Opioid Use Disorder Based on Early Maladaptive Schemas. *Am J Mens Health.* mars 2018;12(2):202-9.
158. Brazão N, Rijo D, Salvador M do C, Pinto-Gouveia J. The effects of the growing pro-social program on cognitive distortions and early maladaptive schemas over time in male prison inmates: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* nov 2017;85(11):1064-79.
159. Dunne AL, Gilbert F, Lee S, Daffern M. The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggress Behav.* mai 2018;44(3):246-56.
160. Orue I, Calvete E, Fernández-González L. Early Maladaptive Schemas and Social Information Processing in Child-to-Parent Aggression. *J Interpers Violence.* 22 févr 2019;886260519831395.
161. Tandetnik C, Hergueta T, Bonnet P, Dubois B, Bungener C. Influence of early maladaptive schemas, depression, and anxiety on the intensity of self-reported cognitive complaint in older adults with subjective cognitive decline. *Int Psychogeriatr.* oct 2017;29(10):1657-67.

## **Annexe 1 : Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-IV(119)**

**A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :**

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu trouver la mort ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de blessures graves ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

**B. L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :**

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images des pensées ou des perceptions.
2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back).
4. Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatique en cause.

**C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins trois des manifestations suivantes :**

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.
2. Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme.
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités.
5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger aux autres personnes.
6. Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).
7. Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple : ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...).

**D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) ; au moins deux des manifestations suivantes :**

1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
2. Irritabilité ou accès de colère.
3. Difficultés de concentration.
4. Hyper-vigilance.
5. Réactions de sursaut exagérées.

**E. Les perturbations des critères B, C et D durent plus d'un mois.**

**F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.**

- Aigu : si la durée des symptômes est de moins de 3 mois.
- Chronique : si la durée des symptômes est de 3 mois ou plus.
- Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins 6 mois après le facteur de stress.

## **Annexe 2 : Trouble de stress post-traumatique selon le DSM-5(120)**

**A - Exposition à un événement traumatique**

**B - Symptômes de reviviscence de l'événement**

**C - Evitement des stimuli évocateurs de l'événement**

**D - Altération des cognitions et de l'humeur**

**E - Altération de la vigilance et de la réactivité**

**F - Durée > 1mois. Le trouble sera dit différé si le tableau clinique complet est constitué en plus de six mois, même si les premiers symptômes sont apparus avant.**

**G - Le trouble cause une détresse significative ou une altération du fonctionnement social.**

**H - Il n'est pas attribuable à une substance (alcool) ou une autre pathologie**

**Critère A : exposition à un événement traumatique répondre à un de ces 4 critères**

A1 – Exposition directe comme victime

A2 – Exposition directe comme témoin

A3 – Apprendre une nouvelle tragique d'un proche

A4 – Exposition comme sauveteur, policier, intervenant

**Critère B : symptômes de reviviscence (présenter un ou plusieurs de ces 5 symptômes)**

B1 – souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement

B2 – rêves de répétition

B3 – vécus ou agir comme si l'événement allait revenir

B4 – détresse si exposé à un stimulus évocateur

B5 – symptômes physiologiques si exposé à stimulus évocateur

**Critère C : évitement persistant des stimuli évocateurs (un ou les deux symptômes)**

C1 – évitement des souvenirs et sentiments associés à l'événement

C2 - évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement Critère

**Critère D : altération des cognitions et de l'humeur, liée à l'événement (2 symptômes sur 7)**

D1 – amnésie d'un aspect important de l'événement

D2 – appréhensions pessimistes sur soi, autrui et le monde

D3 – cognitions erronées sur les causes et les conséquences de l'événement

D4 – émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)

D5 – moindre intérêt pour les activités jadis motivantes

D6 – sentiment de détachement vis-à-vis des autres

D7 – incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

**Critère E : altération de la vigilance et de la réactivité, depuis l'événement (2 symptômes sur 6)**

E1 – irritabilité, accès de colère

E2 – comportement imprudent ou auto-destructeur

E3 – hypervigilance

E4 – réaction de sursaut exagérée

E5 – difficulté de concentration

E6 – troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, sommeil léger)

### Annexe 3 : Tests diagnostics du trouble de stress post-traumatique

- **Composite International Diagnostic Interview Auto (CIDI-Auto)** (47) un entretien diagnostique complet et entièrement standardisé, effectuée sur ordinateur par l'enquêteur.

- **Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F)** (46): échelle d'hétéro-évaluation du PTSD, dans un format de type Likert de 0 à 3 selon la fréquence et l'intensité des symptômes avec 21 items fondamentaux en correspondance avec les critères diagnostiques du DSM-5.

- **Impact of event scale (IES) et Revised IES (IESR)** (40) est une échelle de 15 points, qui mesure les symptômes d'évitement et d'intrusion du TSPT. De nouveaux items concernent les symptômes d'hyperexcitation, tels que la colère et l'irritabilité, une réaction sévère à des stimulus inattendus, des difficultés de concentration, la vigilance, et les pensées indésirables impliquant des souvenirs récurrents d'événements traumatiques. Il a été utilisé de manière cohérente avec les échantillons des services d'urgence et des professions d'assistance pour mesurer les symptômes de TSPT signalés par les patients eux-mêmes.

- **International Trauma Questionnaire (ITQ)** (45) est une mesure auto-déclarée de la gravité du TSPT qui évalue les symptômes suivants : revivre l'ici et le maintenant (cauchemars et flashbacks), évitement (rappels internes et externes), sentiment de menace (hypervigilance et hyperexcitation), dysrégulation affective (hyper- et hypo-activation des réponses émotionnelles), image négative de soi (se considérer comme un échec et sans valeur) et perturbations dans les relations (évitement et difficultés à établir des relations interpersonnelles).

- **PTSD Checklist (PCL) ou PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C)** (44) **ou PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)** (39) **ou PTSD Checklist Scale (PCLS)** (48) demande aux participants de nommer un événement stressant spécifique et de l'évaluer sur des échelles de cinq points allant de pas du tout à extrêmement dérangeant pour chacun des 17 symptômes du TSPT identifiés dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), tels que des souvenirs, des pensées ou des images répétées et dérangeantes de l'expérience stressante, se sentir très contrarié lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante, éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous ont rappelé l'expérience stressante, et être en "super-alerte", vigilant, sur ses gardes.

**PCL-5** (42) : mise à jour selon les critères diagnostics du DSM-5

- **Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)** (Foa, 1995 ; Dutra et Coll. 2008 PMID: 18195645; Motley 2016) est un rapport d'auto-évaluation en 49 points mesurant la gravité des symptômes du TSPT, s'enquérant de l'expérience d'un événement traumatique, de la durée des symptômes et des effets des symptômes sur le fonctionnement quotidien.

- **Purdue PTSD Scale-Revised (PPTSD-R)** (Lauterbach and Vrana 1996 In Harding 2012) est une échelle d'auto-évaluation en 17 points qui évalue les symptômes composant le DSM-IV.

## **Annexe 4 : Schémas, origine du concept**

Selon Emmanuel Kant, toute connaissance suppose à la fois intuition sensible et conceptualisation par l'entendement. Leur articulation requiert un intermédiaire : le schème transcendantal. Les schèmes sont des représentations mentales d'un procédé ou d'une méthode qui jouent le rôle d'intermédiaire entre les catégories de l'entendement et les phénomènes sensibles, pour procurer à un concept son image. Le schème est structurant(121).

Henri Bergson, au-delà de la "structure des choses", définit un schéma dynamique des choses. C'est la thèse d'une "création schématique" dans "une production hétérogène du devenir" qui est celle "des êtres ou de l'univers en son évolution totale"(122) . Ce schématisme bergsonien suppose que le concept de schéma dynamique, forgé au sujet de la pensée, se trouve transposé à l'être(123).

Selon Jean Piaget, en psychologie de l'enfant, "un schème est la structure ou l'organisation des actions telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues" (124). Piaget dit "Le point de départ du développement (...) pouvant (...) présenter une activité fonctionnelle entraînant la formation de schèmes d'assimilation". Les schèmes accomplissent des fonctions variées : organisation de l'univers de l'action, organisation de l'univers de la pensée, organisation des relations interpersonnelles, schèmes de contrôle ou de régulation, etc(125).

## Annexe 5 : Les 5 Domaines de Schémas et les 18 Schémas Précoces Inadaptés(12)

Schéma correspondant

--> *Croyances*

### Domaine I : Séparation / Rejet

Abandon / Instabilité

--> *Relations affectives labiles*

Méfiance / Abus

--> *Autrui est hostile*

Carence affective

--> *Autrui est sans secours affectif*

Imperfection / Honte

--> *Autodépréciation*

Exclusion / Isolement social

--> *Autoexclusion du groupe*

### Domaine II : Manque d'autonomie / performance

Dépendance / incompetence

--> *Peur des responsabilités quotidiennes*

Peur du danger / de la maladie

--> *Catastrophisme / phobies / hypochondrie*

Fusionnement / Personnalité atrophiée

--> *Dépendance à autrui / questionnement sur son identité propre*

Echec

--> *Incapacité sociale / professionnelle*

### Domaine III : Limites déficientes

Droits personnels exagérés/ grandeur

--> *Sentiment de supériorité*

Autodiscipline et contrôle de soi atrophiés

--> *Intolérance à la frustration / Impulsivité*

#### **Domaine IV : Centration sur autrui**

Assujettissement

--> *Besoins d'autrui seuls à prendre en compte*

Abnégation

--> *Hypersensibilité compassionnelle*

Recherche d'approbation / de reconnaissance

--> *Tentatives d'attirer l'attention d'autrui*

#### **Domaine V : Sur-vigilance / inhibition**

Négativité / Pessimisme

--> *attention exacerbée aux ennuis / Anxiété*

Surcontrôle émotionnel

--> *Inhibition émotionnelle*

Idéaux exigeants / Critique excessive

--> *Perfectionnisme*

Punition

--> *Punir soi-même ou autrui en cas de manquement*

## Annexe 6 : Les 10 Modes d'adaptation(12)

### Modes de l'enfant

Enfant vulnérable

--> *sentiment de solitude, d'abandon*

Enfant en colère

--> *sentiments de frustration, crise de rage*

Enfant impulsif

--> *comportement égoïste, intolérance aux limites*

Enfant indiscipliné

--> *abandon devant les tâches contraignantes*

Enfant heureux (mode fonctionnel)

### Modes du parent

Parent punitif

--> *la "voix" parentale intériorisée critique, dénigre, punit*

Parent exigeant

--> *la "voix" parentale intériorisée place des normes inaccessibles*

### Modes stratégiques dysfonctionnels

Mode conciliateur

--> *passivité, soumission par peur du conflit ou du rejet*

Mode protecteur détaché

--> *détachement émotionnel, plaintes psychosomatiques, abus de substances*

Mode surcompensateur

--> *contre-attaque*

### Mode adulte sain

## **Annexe 7 : Les schémas précoces inadaptés étudiés dans diverses pathologies**

Liste non limitative :

- les troubles bipolaires et unipolaires, la dépression et les troubles de somatisation(126)
- la rumination(126)
- la schizophrénie(127)
- les patients porteurs d'une "symptomatologie psychotique"(128)
- le risque suicidaire(129)
- les automutilations(130)
- les troubles de la personnalité(131–133)(134))
- les personnalités "borderline"(135–137)
- les troubles de la personnalité antisociale(135)
- les troubles obsessionnels-compulsifs(136–138)
- les comportements sexuels compulsifs(141,142)
- le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention(143)
- les troubles de panique(138)
- les troubles de l'anxiété(140,144)
- le burnout(145,146)
- l'anorexie mentale(147)
- la boulimie(148)
- l'obésité(149,150)
- le jeu compulsif(151)
- la dépendance à l'alcool(152,153)
- chez les femmes ayant survécu à des abus sexuels dans leur enfance(154,155)
- chez les polytoxicomanes dépendants aux opiacés(156,157)
- chez les hommes détenus en prison(158,159)
- les enfants qui agressent leurs parents(160)
- les personnes âgées présentant un déclin cognitif subjectif(161)

## Annexe 8 : Autres tests utilisés dans les études sélectionnées

- **Acute Stress Disorder Scale (ASDS)** (49) : fournit une indication sur les symptômes du traumatisme.
  
- **Addiction Severity Index-Lite (ASI)** (73) : est une évaluation semi-structurée utilisée des comportements problématiques récents (30 derniers jours) et à long terme.
  
- **Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)** (68) : questionnaire en 10 points qui permet de dépister la consommation dangereuse et nocive d'alcool.
  
- **Beck Anxiety Inventory (BAI)** (52): est un questionnaire composé de 21 énoncés, chacun décrivant un symptôme classique de l'anxiété (symptômes mentaux, physiques et de stress) (Ahmadian et coll., 2015 PMID 26203249).
  
- **Beck Depression Inventory second version (BDI-II)** (53) se compose de 21 items évaluant les symptômes cognitifs et affectifs/somatiques de la dépression.
  
- **Centrality of Event Scale (CES)** (51) teste à quel point un souvenir traumatique constitue un élément central de l'identité personnelle, un tournant dans l'histoire de la vie, dans ses attentes futures, et un point de référence pour les déductions quotidiennes.
  
- **Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD-R)** (59) : test d'auto-évaluation de 20 items utilisé pour mesurer les symptômes de la dépression.
  
- **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** (57) : questionnaire d'auto-évaluation rétrospective en 28 points qui comprend cinq sous-échelles : violence émotionnelle, violence physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. De plus, le questionnaire comprend une échelle de minimisation/déni afin d'identifier la sous-estimation/sous-déclaration des événements traumatisants et d'évaluer les biais de souvenir et de déclaration.
  
- **Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)** (65) : échelle révisée de tactiques de conflit. Le CTS2 évalue la violence dans les relations entre partenaires intimes par la mesure de 39 items : manipulation, agression psychologique, agression physique, violences sexuelles et violences physiques.

- **Depression, Anxiety, Stress Scales, Second Edition, Short Form (DASS21)** (69) : test d'auto-évaluation en 21 points conçu pour mesurer la dépression, l'anxiété et la tension/le stress au cours de la semaine précédente.
  
- **Drug Abuse Screening Test (DAST)** (70) : questionnaire de dépistage clinique en 28 points qui donne un indice quantitatif des problèmes liés à l'abus de drogues (à l'exclusion de l'alcool) au cours des douze derniers mois.
  
- **Dissociative Experiences Scale (DES)** (61) : mesure d'auto-évaluation en 28 points de la fréquence d'un certain nombre de symptômes dissociatifs (par exemple, lacunes dans la prise de conscience, dépersonnalisation).
  
- **Defence style questionnaire (DSQ-40)** (56) : questionnaire de mesure en 40 points des dérivés conscients de 20 mécanismes de défense de l'ego, répartis sous trois domaines supérieurs ou styles de défense (mature, névrosé, immature).
  
- **Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)** (54) : questionnaire de 98 items. Quatorze échelles ont été construites, sur la base de sept déclarations chacune. Les composantes de l'échelle sont : recherche d'une alternative, conformisme, contrôle émotionnel, évitement émotionnel, évitement comportemental, évitement cognitif, et YSQ-L.
  
- **Inventario de Abuso Psicológico en Relaciones de Pareja (IAPRP)** (66) : test de 17 items pour évaluer les violences psychologiques.
  
- **Marijuana Craving Questionnaire (MCQ)** (74) : questionnaire d'évaluation de l'envie de marijuana basé sur l'auto-évaluation en 12 points permettant de mesurer l'envie en situation avec quatre facteurs (compulsivité, émotivité, attente et détermination).
  
- **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** (55) : évalue les 17 troubles les plus courants en matière de santé mentale. Les troubles étudiés sont les plus importants à identifier dans les milieux cliniques et de recherche.
  
- **Measure of Parental Style (MOPS)** (50) : questionnaire d'auto-évaluation en 15 points conçu pour saisir les comportements parentaux à risque au cours des 16 premières années de la vie d'un enfant.

- **Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS)** (75) : test d'auto-évaluation de 14 éléments qui fournit un score total et deux sous-échelles mesurant les aspects cognitifs de l'envie d'alcool.
  
- **Psychosis Screening Questionnaire (PSQ)** (71) est un programme d'entretien conçu pour dépister les états psychotiques.
  
- **Rosenberg self-esteem scale (RSES)** (63) est une mesure standardisée de l'estime de soi en 10 points. Les personnes interrogées font part de leurs sentiments à l'égard du Soi.
  
- **Symptom Checklist-90 (SCL-90) or Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R)** (64) : questionnaire d'auto-évaluation standardisé pour mesurer la psychopathologie générale. Le SCL-90-R comporte neuf dimensions de symptômes primaires, dont quatre sont la dépression, l'anxiété, l'hostilité et la somatisation
  
- **Sexual Experiences Survey (SES-LFV)** (60) évalue la victimisation et la perpétration d'expériences sexuelles non désirées. Chaque élément comprend à des descriptions comportementales des différentes stratégies agressives.
  
- **South Oaks Gambling Screen (SOGS)** (72) : questionnaire en 16 points pour l'identification des joueurs pathologiques.
  
- **Self-arm and risk behaviors questionnaire-revised (SRBQ-R)** (62) questionnaire de 8 items qui comprend des éléments concernant les comportements suicidaires et autodestructeurs.
  
- **Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ)** (67) : questionnaire en 24 points où les participants sont invités à indiquer dans quelle mesure ils ont été exposés à des événements potentiellement traumatisants.
  
- **Trauma Symptom Inventory (TSI)** (58) : questionnaire de 100 items comprenant des éléments évaluant les troubles affectifs (dépression, colère/irritabilité), les symptômes propres au TSPT (excitation anxieuse, expériences intrusives et évitement défensif) et les troubles comportementaux et cognitifs qui sont fréquemment associés à l'abus sexuel (dissociation, préoccupations sexuelles, comportement sexuel dysfonctionnel, altération de l'autoréférence et comportements de réduction de la tension).

## Annexe 9 : Enregistrement PROSPERO

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

  
National Institute for  
Health Research

UNIVERSITY *of* York  
Centre for Reviews and Dissemination

### Systematic review

#### 1. \* Review title.

Give the title of the review in English

Do early maladaptive schemas influence the occurrence of post-traumatic stress disorders: a systematic review / meta analysis

#### 2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

Les Schémas Précoces Inadaptés ont-ils une influence sur la survenue de Troubles de Stress Post  
Traumatique: revue systématique et méta analyse

#### 3. \* Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

25/02/2021

#### 4. \* Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

26/03/2021

#### 5. \* Stage of review at time of this submission.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed. Update this field each time any amendments are made to a published record.

**Reviews that have started data extraction (at the time of initial submission) are not eligible for inclusion in PROSPERO.** If there is later evidence that incorrect status and/or completion date has been supplied, the published PROSPERO record will be marked as retracted.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

The review has not yet started: Yes

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

| Review stage                                                    | Started | Completed |
|-----------------------------------------------------------------|---------|-----------|
| Preliminary searches                                            | No      | No        |
| Piloting of the study selection process                         | No      | No        |
| Formal screening of search results against eligibility criteria | No      | No        |
| Data extraction                                                 | No      | No        |
| Risk of bias (quality) assessment                               | No      | No        |
| Data analysis                                                   | No      | No        |

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

**6. \* Named contact.**

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

François Birault

**Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:**

Pr Birault

**7. \* Named contact email.**

Give the electronic email address of the named contact.

mspu.couronneries@gmail.com

**8. Named contact address**

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

D1, Université de Poitiers, 6 rue de la milétrie, 86073 Poitiers, France

**9. Named contact phone number.**

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

+33668471663

**10. \* Organisational affiliation of the review.**

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

**Organisation web address:**

<https://medphar.univ-poitiers.fr/>

#### 11. \* Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. **NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record.**

Dr Têhan Huret. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, Université de Poitiers, 6 rue de la Milétrie, F-86000 Poitiers, France  
Professor François Birault. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, Université de Poitiers, 6 rue de la Milétrie, F-86000 Poitiers, France

#### 12. \* Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

None

#### Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

#### 13. \* Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

#### 14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. **NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.**

#### 15. \* Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using PI(E)COS or similar where relevant.

We aim to explore if early maladaptive schemas influence the occurrence of post-traumatic stress disorders

#### 16. \* Searches.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

PubMed, BASE search. Published at any time, until May 2021. Restricted to articles in English, Spanish, French, Portuguese and German.

#### 17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search **results**.

[https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/238620\\_STRATEGY\\_20210221.pdf](https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/238620_STRATEGY_20210221.pdf)

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

### 18. \* Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

Studies are included if they meet the following criteria : Post-traumatic stress disorder diagnosis based on the DSM-IV or DSM-V criteria . Early maladaptive schemas in these patients based on the Young Schema Questionnaire

### 19. \* Participants/population.

Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Worldwide. We will use PRISMA analysis method. Each article included will have to give detailed results of the Young questionnaire. The populations under study will be any group of patient having experienced a given trauma and showing PTSD. Exclusion : partial results of the Young questionnaire.

### 20. \* Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Studies measuring Post-traumatic stress disorder diagnosis based on the DSM-IV or DSM-V criteria + Early maladaptive schemas based on the Young Schema Questionnaire

### 21. \* Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Prevalence of post-traumatic stress disorders among people with or without early maladaptive schemas : positive correlation or none ?

### 22. \* Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

All studies measuring the prevalence of post-traumatic stress disorders among people with or without early maladaptive schemas. Review articles are not included.

### 23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

Early maladaptive schemas have been used to give interpretation to many psychiatric conditions. Post-traumatic stress disorders are of concerns since the last decades. Schema therapy seem to have shown efficiency to treat post-traumatic stress disorder, but it remains to be established to witch point early

maladaptive schemas can influence the occurrence of post-traumatic stress disorders.

#### 24. \* Main outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

To establish how important is the influence of early maladaptive schemas in the emergence of post-traumatic stress disorders in order to use schema therapy. Quote the items of the Young questionnaire mentioned by the various studies that are affected in the populations with PTSD under study. Quote and compare studies with each other.

#### Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

A correlation test with p value 0.005, will be undertaken when/if possible

#### 25. \* Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

None

#### Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

#### 26. \* Data extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

Articles are being extracted using Zotero software, after a specific search on PubMed and Base search (registered OAI service provider) (<https://base-search.net>). The bibliography will be transferred to Rayyan QCRI (<https://rayyan.qcri.org>). The reviewing team comprises Dr HURET (who will extract the data), and Pr BIRAULT (who will check the accuracy). Selection of the studies will be discussed.

PRISMA criteria's, protocol and flow chart will be used (<http://prisma-statement.org/>).

These series should : include a sufficient number of cases, be complete and detailed study, using Young's questionnaire, with accurate methodology and adequate statistics.

#### 27. \* Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

The methodological qualities of the included studies will be assessed independently by 2 of the authors (Pr BIRAUL and Dr HURET) using a validated checklist of items for cross sectional studies in epidemiology, the strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (Vandenbroucke et al.,

2007).

### 28. \* Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This **must not be generic text** but should be **specific to your review** and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

We will group the various studies according to the type of post-traumatic stress disorder (sex abuse, other childhood trauma, war, homeless condition, etc...). Data will be compared from a research work to another ~~When possible, studies are heterogeneous~~ provoked by a series of very heterogeneous events such as war or childhood abuse, unique or repeated events, and many different scoring questionnaires. Therefore only narrative/descriptive synthesis is possible. No statistical test can be used. The only test common to all the studies reviewed is the Young questionnaire (YQ) with 18 items called early maladaptative schemas. These are the data which will be synthesized. A consistency between the items quoted by the authors will be searched, the hypothesis is that an item will often be found positive, while another will not. The nec plus ultra would be if these YQ items could draw sub-categories of patients, also corresponding to the type of trauma.

### 29. \* Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

We will compare data recorded in tables, check statistical analyses accuracy, and comment discussion items

### 30. \* Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

#### Type of review

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

Yes

Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

No

Living systematic review

No

Meta-analysis

No

Methodology

No

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

Narrative synthesis  
Yes

Network meta-analysis  
No

Pre-clinical  
No

Prevention  
No

Prognostic  
No

Prospective meta-analysis (PMA)  
No

Review of reviews  
No

Service delivery  
No

Synthesis of qualitative studies  
No

Systematic review  
Yes

Other  
No

**Health area of the review**

Alcohol/substance misuse/abuse  
No

Blood and immune system  
No

Cancer  
No

Cardiovascular  
No

Care of the elderly  
No

Child health  
No

Complementary therapies  
No

COVID-19  
No

Crime and justice  
No

Dental

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

No

Endocrine and metabolic disorders

No

Eye disorders

No

General interest

Yes

Genetics

No

Health inequalities/health equity

No

Infections and infestations

No

International development

No

Mental health and behavioural conditions

Yes

Musculoskeletal

No

Neurological

No

Nursing

No

Obstetrics and gynaecology

No

Oral health

No

Palliative care

No

Perioperative care

No

Physiotherapy

No

Pregnancy and childbirth

No

Public health (including social determinants of health)

No

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

Rehabilitation  
No

Respiratory disorders  
No

Service delivery  
No

Skin disorders  
No

Social care  
No

Surgery  
No

Tropical Medicine  
No

Urological  
No

Wounds, injuries and accidents  
No

Violence and abuse  
No

**31. Language.**

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English  
French

There is not an English language summary

**32. \* Country.**

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

France

**33. Other registration details.**

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

**34. Reference and/or URL for published protocol.**

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

### 35. Dissemination plans.

Do you intend to publish the review on completion?

No

Give brief details of plans for communicating review findings.?

Thesis in Medicine

### 36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Post-traumatic stress disorders, early cognitive schemas, early maladaptive schemas

### 37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

### 38. \* Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.  
Please provide anticipated publication date

Review\_Ongoing

### 39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of this review.

### 40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

## LES SCHÉMAS PRÉCOCES INADAPTÉS ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LA SURVENUE DE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE : REVUE DE LA LITTÉRATURE

**Objectif :** Les événements traumatisants peuvent entraîner, au-delà d'une période normale de troubles et de stress, la persistance des symptômes, les troubles de stress post-traumatique (TSPT). La théorie des schémas précoces inadaptés (SPI) semble en proposer une bonne analyse en vue de la prise en charge thérapeutique des personnes concernées. Une revue de la littérature concernant l'étude des schémas précoces inadaptés chez les personnes souffrant de TSPT a été entreprise.

**Matériel et méthodes :** Revue systématique de la littérature (Numéro d'enregistrement Prospero: CRD42021238620) sur les bases de données PubMed, Base Search, à l'aide des mots clés "PTSD", "Post-traumatic Stress Disorder", "TSPT", "Trouble de Stress Post-traumatique", "Troubles de Stress Post-traumatique", "EMS", "Maladaptive Schemas", "Cognitive Schemas", "SPI", "Schémas Précoces Inadaptés" avec les recommandations PRISMA, jusqu'en Février 2021 en utilisant le logiciel Rayyan avec deux chercheurs. Evaluation des études par STROBE et élaboration d'une synthèse qualitative par rapprochement des données. Les publications potentiellement éligibles devaient mesurer les SPI selon un questionnaire de Young à 15 ou 18 schémas chez des sujets présentant un TSPT selon le DSM-IV, le DSM-V ou l'ICD-11.

**Résultats :** 16 études ont été retenues sur 123 identifiées, avec un Coefficient Kappa de Cohen à 0,676. Notre revue de la littérature permet de conclure à une corrélation entre SPI et TSPT. Les domaines les plus impliqués sont "Séparation et rejet", puis "Manque d'autonomie et de performance", puis "Dépendance aux autres". Cela permet aussi de suggérer des profils particuliers de SPI selon la catégorie TSPT.

**Discussion:** Les médecins généralistes sont en première ligne pour détecter si un patient a subi un stress post-traumatique. Une meilleure connaissance des schémas précoces inadaptés impliqués dans différentes populations souffrant de TSPT permet une meilleure compréhension de ces personnes. En outre cette connaissance permet de mieux accompagner les patients dans une démarche thérapeutique telle que la thérapie des schémas, et de les orienter vers les spécialistes susceptibles de les mettre en œuvre. Cette meilleure connaissance par les généralistes des Schémas précoce nécessite de créer un outil adapté aux généralistes.

**Mots-Clefs :** Schémas précoces inadaptés, Trouble de stress post-traumatique, revue systématique littérature

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.