

# LE JOURNAL DE L'IFTCC

Vol. 1, No. 2 (Mars 2016)



**Institut de formation**  
en thérapie comportementale  
& cognitive



# Mot du rédacteur

C'est avec enthousiasme que nous vous offrons notre deuxième numéro du Journal de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (JIFTCC). Merci pour vos commentaires positifs suite à la parution du premier JIFTCC. Je suis certain que vous aimerez cette édition qui offre notamment plusieurs chroniques sur la thérapie des schémas, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et la pleine conscience. Dans le Coffre à outils du clinicien, Francis Lemay offre des moyens concrets afin d'effectuer le désespoir créatif, une stratégie thérapeutique assez complexe de l'ACT. Karyne Bettencourt propose deux entrevues d'envergure avec nos invités internationaux de l'année, les Drs Greenberg et Duncan, psychologues. Dans le Coin techno, Michel Roberge présente des applications sur la pleine conscience. Dans sa chronique, Michel Giroux montre comment travailler avec la lettre aux parents dans la thérapie des schémas. Enfin, Jimmy Francoeur nous enseigne la façon d'effectuer de l'exposition selon l'ACT et nous montre en quoi son utilisation diffère comparativement à la TCC plus traditionnelle.

Bonne lecture!

Frédéric Dionne, Ph.D., psychologue  
Directeur de l'IFTCC

## Notre équipe

Rédacteur en chef : Frédéric Dionne

Mise en page et communications : François-Xavier Schmitz Lacroix

Équipe de rédaction : Karyne Bettencourt, Stéphane Bouchard, Pierre Cousineau, Jimmy Francoeur Michel Giroux, Francis Lemay, Michel Roberge

## Table des matières

Coffre à outils du clinicien	<b>3</b>
Entretien avec Leslie Greenberg	<b>8</b>
Coin techno	<b>10</b>
Thérapie des schémas	<b>14</b>
Une question au Maître clinicien	<b>20</b>
Entretien avec Barry Duncan	<b>24</b>
Optimiser son utilisation de l'exposition	<b>27</b>
Formations à venir	<b>32</b>

# Coffre à outils du clinicien

Par Francis Lemay, Ph.D.,  
psychologue, conseiller clinique pour la formation dans les milieux à l'IFTCC

Francis Lemay détient un Ph.D. en psychologie clinique de l'Université Laval. Il pratique au privé à son bureau de Québec, Psychologie Déploiement ([psydeploiement.com](http://psydeploiement.com)). Il a été formé à la thérapie cognitive et comportementale ainsi qu'à la thérapie d'acceptation et d'engagement, en plus d'assister régulièrement à diverses formations cliniques, tant au Canada qu'à l'international. Il est conseiller clinique pour la formation dans les milieux à l'IFTCC (courriel : [francis.lemay@psy.ulaval.ca](mailto:francis.lemay@psy.ulaval.ca))

**Parmi les concepts en thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Hayes, Strosahl, et Wilson, 2012), les superviseurs cliniques constatent que le désespoir créatif est l'un des moins bien compris, des moins bien appliqués et des plus boudés par les cliniciens (Westrup, 2014). Comment se fait-il?**

## Qu'est-ce que le désespoir créatif?

L'idée principale qui sous-tend l'ACT est de développer la flexibilité psychologique du client. L'un des éléments les plus nuisibles au développement de la flexibilité s'avère être l'évitement expérientiel, lui-même fortement alimenté par l'agenda de contrôle : cet ensemble de règles rigides, renforcées par notre culture et qui incitent la plupart des individus à tenter de supprimer ou de contrôler leur expérience intérieure. Les règles rigides les plus fréquemment rencontrées, en lien avec l'agenda de contrôle, sont les suivantes :

- Les troubles mentaux sont généralement définis par la présence, chez une personne, de pensées, émotions, souvenirs, sensations physiologiques (etc.) désagréables
- Ces expériences désagréables sont interprétées par le client (et son entourage) comme étant des signes que quelque chose « cloche » chez lui
- Une vie saine ne peut pas être vécue, tant et aussi longtemps que ces expériences négatives ne sont pas complètement éliminées

- Le client doit se débarrasser de celles-ci en corrigeant les déficits qui les causent (faible estime de soi, difficulté à faire confiance, etc.)
- Ceci est accompli en comprenant ou en modifiant les facteurs causant les difficultés à leur origine (« mes parents critiques ont fait en sorte qu'aujourd'hui j'ai une faible estime de moi » ; « j'ai été abusé sexuellement, donc je ne peux faire confiance aux autres »)

Le fait d'entamer un processus de thérapie, pour le client, représente une sorte d'admission que les résultats attendus du contrôle des expériences internes (bref, ce qui est promis par l'agenda de contrôle) ne sont pas en train de se matérialiser. Peu importe les efforts déployés, leur fréquence et leur intensité, le fait que le client soit assis dans votre bureau représente une sorte d'aveu car tout ce qu'il a entrepris jusqu'à maintenant n'a donné que des résultats mitigés. C'est en soulignant délicatement ce constat avec le client qu'on peut générer chez lui le sentiment de désespoir créatif, un outil motivationnel fort puissant pour l'accompagner vers l'acceptation et le changement, mais qui, pour plusieurs raisons, est souvent mal ou peu utilisé par les cliniciens pratiquant l'ACT.

La croyance populaire véhiculée est que le désespoir est un état d'esprit inacceptable. En fait, la plupart des intervenants qui pratiquent la psychothérapie, peu importe leur cadre théorique, vont chercher à contrer le désespoir chez leurs clients en leur insufflant une forme d'optimisme envers l'avenir. Conséquemment, en travaillant le désespoir créatif avec un client, le thérapeute va souvent, lui aussi, confronter ses propres tendances à l'évitement expérientiel. Peu d'entre nous avons pris la décision de devenir intervenants en santé mentale parce que nous éprouvions un plaisir à être témoin de la souffrance des autres. Une bonne intervention dans le sens du désespoir créatif requiert toutefois de la part d'un thérapeute qu'il soit pleinement ouvert à ressentir l'inconfort qui résulte de confronter son client à l'inefficacité de son agenda de contrôle! Ceci, cher lecteur, est loin d'être une mince tâche...

Néanmoins, l'objectif du désespoir créatif n'est pas d'induire chez le client un sentiment de désespoir pur, ou de l'inciter à croire en des pensées qui engendrent le désespoir ; c'est plutôt de l'aider à abandonner les stratégies rigides de réduction d'inconfort qui sont inefficaces, sur le long terme. **En fait, la plupart du temps, le désespoir créatif va induire une forme « d'espoir ironique » ou d'anticipation face à de nouvelles possibilités.** Il ouvre davantage la porte à ce que le client puisse choisir librement entre les tentatives (souvent vaines) de contrôle de l'expérience interne et la pleine acceptation des émotions, en toute connaissance de cause.

La plupart du temps, l'évitement expérientiel se reflète dans l'environnement (évitement comportemental). L'évitement comportemental a presque toujours des impacts concrets sur la vie du client, du moins sur le long terme : la relation conjugale en souffre, la performance au travail se détériore et les bonnes habitudes de vie (bonne alimentation, activité sportive, sommeil réparateur suffisant) se perdent. Par le biais du désespoir créatif, il devient possible, pour un thérapeute, d'aider le client à abandonner ses comportements rigides d'évitement expérientiel.

## Marche à suivre pour l'évocation du désespoir créatif

Hayes, Strosahl et Wilson (2012) proposent quatre questions de base :

1. Que désirez-vous obtenir comme résultat optimal en venant en thérapie?
2. Qu'avez-vous déjà essayé de faire pour y arriver?
3. Comment cela a-t-il fonctionné pour vous?
4. Quels ont été les coûts personnels d'utiliser ces stratégies?

Posées dans le cadre d'une même séance, ces questions ont pour but d'aider le client à lier directement les efforts réalisés (question 2), leur effet souhaité (question 1) à leur inefficacité (question 3) et aux coûts évidents impliqués dans leur utilisation rigide (question 4). Le travail du thérapeute ici n'est pas de se pencher sur chaque stratégie individuellement, mais plutôt de souligner les similitudes entre celles-ci, pour faire ressortir que leur dénominateur commun est de vouloir contrôler ou éliminer les expériences internes.

En bref, le thérapeute tente de transmettre l'idée suivante :

Les solutions tentées jusqu'à maintenant découlent du principe que « contrôler son expérience intérieure = être bien ». En observant un échantillon des stratégies utilisées, on comprend que l'efficacité à long terme de ces solutions est plutôt limitée ; que les stratégies ne fonctionnent ultimement pas. Lorsque cette réalité est mise à jour, le client se demande quoi faire. C'est cette réaction que l'on appelle le désespoir créatif.

Voici comment les questions peuvent être abordées avec les clients, ainsi que des exercices et autres stratégies afin de maximiser l'efficacité des interventions de désespoir créatif.

### Applications concrètes en séance

Pour introduire la Question 1 (ce que le client souhaite comme résultat optimal), on peut y aller de façon alternative :

Si (expérience intérieure désagréable) n'était pas là, qu'est-ce qu'on pourrait vous observer faire et qui serait différent? (chercher des réponses comportementales, observables et relativement concrètes – sinon, chercher des réponses comme « je porterais plus attention à certaines choses, je serais plus présent dans certaines activités, avec certaines personnes, etc »)

Pour chaque réponse donnée, il peut être utile de souligner la valeur sous-jacente à la réponse du client, soit en la lui répétant, si elle est clairement énoncée, ou en la déduisant. Par exemple, lui refléter comment il semble accorder une grande importance à sa vie de couple (« je passerais plus de temps avec ma blonde »), ou l'importance qu'il accorde à l'affirmation de soi (« je dirais davantage ce que je pense dans les rencontres avec mes collègues »). Cela pourrait être utile pour d'autres phases de la thérapie...

La Question 2 vise à dresser une liste, non exhaustive bien entendu, des formes d'évitement expérientiel du client, des comportements découlant de l'agenda de contrôle. C'est ici qu'on obtient notre échantillon de comportements problématiques. Dans le cas des clients moins loquaces, il peut être bon pour le thérapeute de donner des suggestions, de référer à ses propres évitements expérientiels ainsi qu'aux émotions parfois évitées afin d'aider le client à les évoquer.

Le concept derrière la Question 3 (comment les stratégies ont-elles fonctionné?) est de réduire l'importance accordée aux pensées, pour augmenter l'importance accordée à l'expérience directe du client. Par exemple, l'esprit du client lui dit qu'augmenter son estime de soi fera en sorte que les autres l'aimeront. Cela ne produit pas de résultats significatifs : malgré tous les efforts (entraînement, sorties dans les bars, cours d'espagnol, achat de vêtements ou montures de lunettes à la mode, etc.), le client n'a pas plus d'estime de soi. L'esprit l'explique généralement ainsi : « tu n'as pas essayé assez fort, ou tu es trop nul pour réussir ». Le client a-t-il essayé plus fort? Probablement que oui. Est-ce que ça a fonctionné? Selon toute vraisemblance, non.

Parfois, le client affirmera que la stratégie de contrôle a fonctionné. Il peut être intéressant de vérifier si celle-ci est toujours aussi fonctionnelle à long terme. Vraisemblablement pas (et si oui, eh bien, tant mieux!). En ce qui a trait à la pensée « trop nul pour réussir », vous pouvez poser la question : « à quel point, jusqu'à présent, cette pensée a-t-elle servi? A-t-elle été utile? » Encore une fois, certains esprits sont tenaces, avec des rationalisations du genre « ces pensées me permettent de ne pas me laisser aller, de demeurer toujours plus performant, de mieux réussir ». Permettez-vous alors d'analyser avec le client à quel point son expérience interne confirme le tout...sur le long terme...Après tout, s'il est en thérapie et qu'il souligne la présence de telles pensées en votre présence, c'est probablement parce que celles-ci n'ont pas mené à tout le succès que son esprit attendait (peut-être) en commençant à les lui envoyer.

En se concentrant sur l'inefficacité d'agir en fonction de l'agenda de contrôle, on aide son client à défusionner (moins d'importance à l'esprit, plus à l'expérience), à accepter son expérience interne et on ouvre la porte à ce que les solutions alternatives à l'agenda de contrôle puissent être considérées!

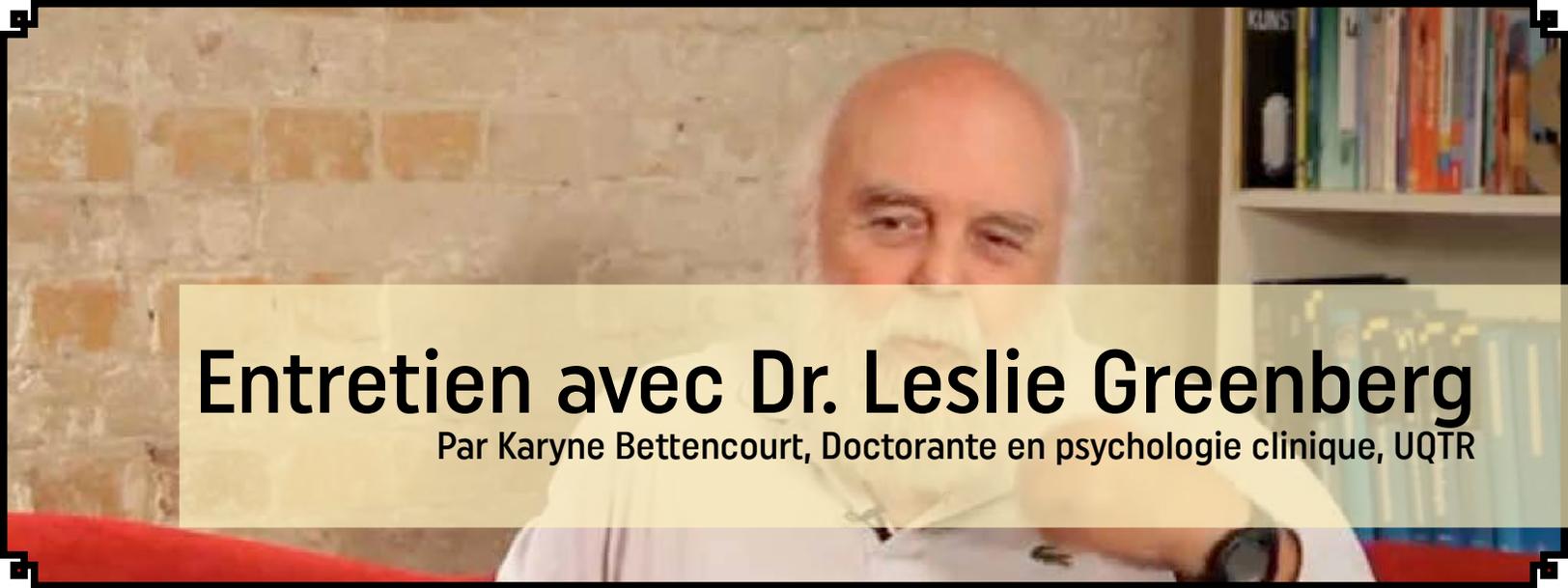
Pour ce qui est de la Question 4, qui porte sur les coûts de l'évitement expérientiel, elle permet au client de recadrer sa perception quant aux multiples dommages causés par l'agenda de contrôle (isolement, fatigue, conflits, problèmes de santé, etc.) comme étant « le principal résultat de l'évitement expérientiel », au lieu de ce que l'esprit peut laisser sous-entendre comme étant « un léger, mais nécessaire, dommage collatéral ». En évoquant avec le client le contenu de nos quatre questions et en les explorant, généralement, on arrivera à générer chez lui le désespoir créatif. Il en viendra à se poser la question : que puis-je faire pour me sortir de ce cercle vicieux? La porte est maintenant grande ouverte pour commencer l'intervention!

Ceci conclut donc la première partie de cet article sur le désespoir créatif. J'inciterais maintenant mes lecteurs à tenter d'appliquer le contenu de cet article dans leur pratique ; en se fiant le moins possible à ce que dira préalablement leur esprit, mais plutôt à leur expérience concrète en thérapie. Utilisées avec flexibilité, les quatre questions présentées ci-haut représentent le coffre à outils de base qu'il vous faut pour évoquer le désespoir créatif chez vos clients. La seconde partie de l'article paraîtra dans le prochain numéro du Journal de l'IFTCC. D'ici là, bonne expérimentation!

## Références

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, Second Edition. New York: The Guilford Press.

Westrup, D. (2014). *Advanced Acceptance and Commitment Therapy: The Experienced Practitioner's Guide to Optimizing Delivery*. Oakland: New Harbinger Publications.

A portrait of Dr. Leslie Greenberg, a bald man with a friendly expression, wearing a light-colored shirt. He is positioned in front of a stone wall and a bookshelf. A semi-transparent yellow box is overlaid on the image, containing the title and author information.

# Entretien avec Dr. Leslie Greenberg

Par Karyne Bettencourt, Doctorante en psychologie clinique, UQTR

**Nous sommes honorés que vous ayez accepté notre invitation de venir présenter un formation à Montréal les 12-13 mai prochain. Merci également d'avoir accepté de participer à cette brève entrevue\*.**

**Vous êtes le fondateur de la Thérapie centrée sur les émotions (EFT). Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur cette approche?**

Essentiellement, l'EFT est une thérapie qui se concentre sur le travail avec les émotions vécues dans la séance avec le client. Alors que les thérapies psychodynamiques et cognitives tendent toutes à travailler davantage avec la cognition consciente, l'accent dans l'EFT est mis sur le travail avec les sensations corporelles expérimentées dans la séance et sur les changements émotionnels, de sorte que l'accent réel est mis sur essayer de comprendre comment les processus émotionnels fonctionnent et évoluent.

**L'EFT est-elle supportée empiriquement?**

Oui, l'EFT est supportée empiriquement pour le traitement de la dépression, des traumatismes, de l'anxiété, des problèmes interpersonnels et de la détresse conjugale

**Nous sommes impatients de participer à vos formations les 12 et 13 mai 2016 à Montréal! Le 12 mai, vous présenterez une formation intitulée Le pouvoir transformateur de l'affect. Pouvez-vous nous en donner un bref résumé?**

L'atelier débutera par une discussion du rôle de l'émotion et de la conscience émotionnelle, qu'elle soit fonctionnelle et dysfonctionnelle. L'utilisation du diagnostic fondé sur le processus pour identifier à la fois les émotions saines et les émotions douloureuses sera discutée. Je vais présenter six grands principes de changement émotionnel en psychothérapie. Les participants visionneront une bande-vidéo d'exemples d'une intervention d'apaisement de l'affect, d'instant en instant, et un travail sur les émotion en utilisant des méthodes gestalts de dialogue avec les parties de soi-même et d'autres personnes importantes imaginées dans une chaise vide.

\*Ceci est une traduction libre de l'entrevue

\*\*Crédit photo: SIA Systemisches Institut

**Le 13 mai, vous discuterez de l'importance du pardon et du lâcher prise pour résoudre les problèmes. Quelle est la différence entre le pardon et le lâcher-prise et pourquoi est-il essentiel de travailler sur ces processus?**

Lâcher prise consiste à se défaire de la douleur, de la colère et des souvenirs gênants, tandis que le pardon va au-delà de lâcher prise, en transformant des sentiments de douleur et de colère par d'autres de compassion et de bonté. Des souvenirs positifs des relations antérieures sont récupérés, et la perception de la personne blessée changent allant d'une perception que la personne blessante est « mauvaise » à une compréhension plus complexe, compatissante et acceptante de l'autre. La distinction entre les deux concepts est importante parce qu'ils sont des processus différents, et non pas parce tous ont besoin ou veulent pardonner.

Un « dialogue avec les parties de soi-même et d'autres personnes importantes imaginées dans une chaise vide ».





# Coin techno

Par Michel Roberge, psychologue

**Michel Roberge est psychologue, semi-retraité. Il a travaillé principalement dans le réseau des services de santé et services sociaux où il a occupé une variété de fonctions : psychologue clinicien, chef de service, coordonnateur de programmes, chercheur, conseiller. Actuellement, il est consultant expert auprès d'établissements de santé et psychologue en pratique privée.**

La méditation en pleine conscience fait maintenant partie intégrante de l'arsenal technique de nombreux thérapeutes. Elle est intégrée notamment dans plusieurs thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de « 3e vague » telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) ou la thérapie comportementale dialectique (DBT). Néanmoins, elle constitue en elle-même un domaine d'étude et un champ d'intervention spécialisés. Un thérapeute pourrait vouloir introduire simplement une ou deux techniques de méditation-relaxation dans une séance. Cependant, en TCC, il préférera généralement l'intégrer selon son cadre de référence d'intervention. De très nombreux outils technologiques sont disponibles pour les clients et les thérapeutes ; il serait illusoire de prétendre les résumer en une seule chronique.

Cette chronique inaugure une série de trois sur la méditation. Dans celle-ci, je présenterai des applications de méditation dont le client pourrait bénéficier, tout comme le psychothérapeute et ce, autant sur les plans personnel que professionnel. Dans une seconde chronique, le psychothérapeute retrouvera un ensemble de ressources pour approfondir ses connaissances et sa pratique méditative. La troisième devrait présenter d'autres applications de méditation plus intégrées dans les approches de TCC de 3e vague.

## Les méditations guidées avec Headspace et Petit Bambou

Ces deux applications permettent une introduction et un perfectionnement à la méditation ; elles offrent des séances guidées de méditation audios et vidéos nombreuses et variées. La première est en anglais et la seconde en français. Elles sont disponibles tant sur la plateforme IOS qu'Android, sur cellulaire et tablette. De plus, elles ont aussi chacune un site Web, une page Facebook, etc. Ce sont deux applications différentes, mais assez semblables en termes de fonctionnement. Elles nécessitent une connexion Internet ou Wi-Fi. Elles offrent des séances gratuites d'introduction (10 chez Headspace et 8 chez Petit Bambou) ; ensuite, le client est invité à s'abonner au mois ou à l'année (Headspace : 15 \$/110 \$ ; Petit Bambou : 7 Euros/60 Euros).

Dans les séances d'introduction gratuites, le client se voit présenter ce qu'est la méditation en pleine conscience et des conseils sur la façon de la pratiquer. Il est ensuite invité au cours de ces séances d'introduction à pratiquer la méditation avec diverses méthodes telles que la conscience de la respiration, le balayage corporel (« body scan »), la conscience des sensations, la reconnaissance de ses émotions et de ses réactions physiques telles que les tensions, le lâcher-prise, etc. Les séances d'introduction ont une durée de 10 minutes environ.

Suite à ces séances d'introduction, le client est invité à approfondir la base de la méditation avec une série de séances complémentaires : les fondamentaux chez Petit Bambou (40 séances de 20 min.) ou Foundation chez Headspace (30 séances de 10 min.).

Après ces séances de base, le client peut poursuivre avec diverses séries sur des thématiques ou des problématiques plus spécifiques. Ainsi, chez Petit Bambou les séries sont : sérénité, stress, relations et compassion, lâcher prise, marche méditative, classique, anxiété et examens, etc. Chez Headspace, les thèmes sont : Health series (depression, self-esteem, stress, anxiety, sleep, pregnancy), Relationships series (generosity, relationships, change, appreciation, acceptance); Performance series (creativity, focus, happiness, balance); Headspace pro series (Level 1 to level 5).

D'autre part, la page Web de Headspace présente divers autres onglets. L'un d'eux expose de façon vivante une synthèse des conclusions des études scientifiques sur la méditation. Il y a aussi un onglet sur un blogue ; un autre comporte une Foire aux questions (FAQ), etc. Il y a également plusieurs séances individuelles (non intégrées dans une série) telles que des séances SOS, en cuisinant, en vélo, en marchant, en mangeant, en déplacement, etc. ainsi que des séances guidées ou non guidées de 10 à 60 minutes. Petit Bambou présente également des onglets avec divers textes introductifs et une FAQ.

Les évaluations des utilisateurs, sur un total maximum de 5, sont de 4,5 (Google Play) et de 4,8 (iTunes) pour Petit Bambou alors qu'elles sont de 4,3 (Google Play) et 4,9 (iTunes) pour Headspace.

## Mon appréciation...

Ces applications font partie de mes séances régulières de méditation. J'utilise surtout Headspace que j'ai découvert en premier ; j'apprécie la diversité des techniques judicieusement intégrées dans chacune des séances et la douce progression au cours des séries spécialisées. Les deux applications sont recommandables aux clients. Pour faciliter le processus, avant de lui proposer d'utiliser une telle application entre les séances de thérapie, il est suggéré de les introduire et de faire une pratique lors d'une de ces séances. Ensuite, avec les séances d'introduction de l'application, le client pourra expérimenter concrètement la méditation. Par la suite, avec les conseils et la rétroaction du thérapeute, cette pratique peut être intégrée à son plan d'action. Évidemment, le thérapeute s'assure de l'adéquation entre les caractéristiques et besoins du client et les fonctions et spécifications de l'application. Il est fortement suggéré au thérapeute de bien se familiariser avec l'application pour bien guider le client et pour effectuer un suivi approprié.

Ces applications sont disponibles sur Google Play ou iTunes. On peut aussi les utiliser sur le Web : <https://www.headspace.com/> et <https://www.petitbambou.com/>.

## Les méditations silencieuses avec Meditation Timer Free, Medigong et OnLineMeditationTimer

La méditation silencieuse désigne celle qui n'est pas guidée et où la personne fixe sa conscience sur son souffle, un mantra, certaines sensations de son corps, la marche, des mouvements, etc. selon son choix. Il est facile de perdre cette concentration et de laisser l'esprit divaguer. Pour ramener la personne à l'objet de la méditation, des applications peuvent faire sonner une cloche.

Meditation Timer Free (IOS), Medigong (Android) et OnlineMeditationTimer.com (Web) sont de telles applications. Toutes trois font sonner une cloche au début, à la fin et à des intervalles réguliers de la séance méditative. Divers paramètres peuvent être ajustés : la durée de la séance, la durée de l'intervalle, l'intensité de la cloche, le nombre de coups de cloche sonnés. Meditation Timer Free permet aussi de varier le son de la cloche du début, de la fin et des intervalles; cette application présente aussi diverses autres options.

Les évaluations des utilisateurs pour Meditation Timer Free sont de 4,8 chez iTunes et de 4,5 pour Medigong.

## Mon appréciation...

Si la méditation guidée permet d'apprivoiser la méditation, de découvrir et d'explorer la pratique, la méditation silencieuse est plus autonome et éventuellement plus profonde et bénéfique. Elle favorisera éventuellement la généralisation vers une attitude plus « zen » tout au cours de la journée. Avec le client, après les séances d'introduction, il convient donc de l'inviter à pratiquer sans être guidé; ces applications peuvent soutenir cette pratique. Le choix de l'application dépend du système d'exploitation de l'appareil du client (IOS ou Android).

Les deux premières applications sont disponibles sur Google Play ou iTunes. On retrouve la troisième sur le web <http://www.onlinemeditationtimer.com/>.

## En conclusion

Dans cette première chronique sur la méditation, il s'agissait de présenter quelques applications permettant la découverte et la familiarisation de la méditation en pleine conscience. Elle devient un outil fort important pour de nombreux psychothérapeutes visant le mieux-être de leurs clients. J'espère que ces quelques notes auront suscité votre intérêt. N'hésitez pas à me joindre pour proposer d'autres applications ou poser des questions qui viendront enrichir la chronique techno.

Meilleures salutations! michelroberge.serviceconseil@gmail.com

## Supervision professionnelle

Comme vous le savez, les psychologues et psychothérapeutes qui exercent la psychothérapie doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de 5 ans. Sur les 90 heures à cumuler par période de référence, un minimum de 5 heures devront avoir été consacré à la supervision individuelle.

L'IFTCC peut vous aider à vous trouver un superviseur ou à annoncer vos services de supervision! Le service d'appariement entre supervisés et superviseurs permet aux professionnels qui souhaitent se former à la psychothérapie de rechercher un superviseur en fonction de diverses approches, intérêts cliniques et régions.

[Cliquez ici](#) pour effectuer une recherche selon votre région ou une approche.

Voici notre banque de superviseurs compétents selon la région.

### Capitale-Nationale

- Jacques, Sonya D.Psy
- Ginchereau, Sonia M.Ps.
- Bouchard, Carole M.Ps.
- Côté, Sophie Ph.D.
- Beaulieu, Johanne M.Ps.
- Michel Giroux, M.A., M.Ps.

### Côte-Nord

- Dufour, Josey M.A.

### Estrie

- Beaudet, Jocelyne Ph.D.

### Lanaudière

- Deschênes, Lyne M.Ps.

### Montérégie

- Bérard-Leblanc, Jeannette M.Ps.

### Montréal

- Simoneau, Ann Claude Ph.D.
- Mikic, Natalie M.A.
- Blain, Sophie M.Ps.
- Iucci, Soledad Ph.D.
- Zizzi, Angela M.Ps.

### Outaouais

- Larouche, Serge M.A.
- Lise Dugay M.A.

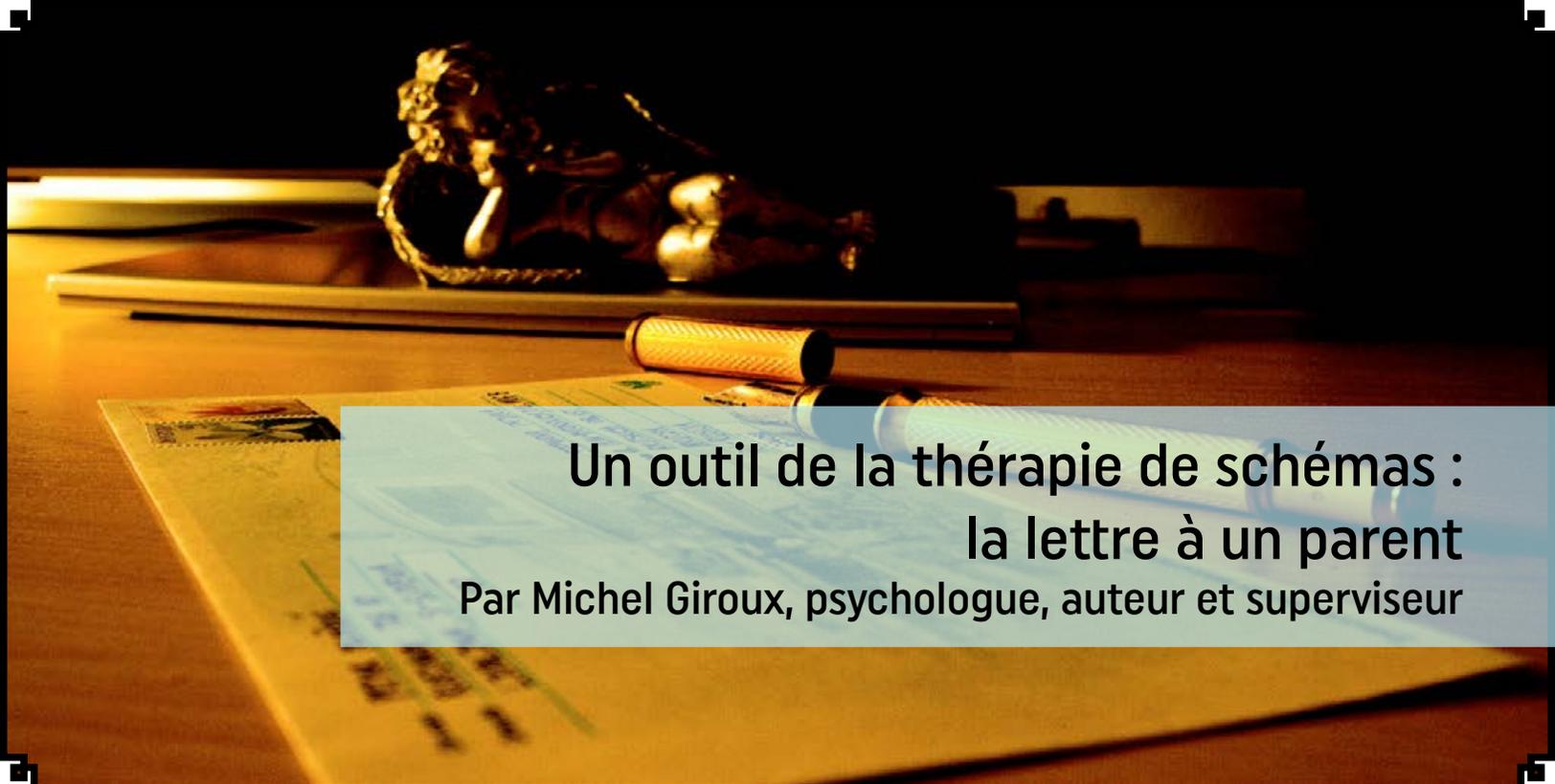
### Saguenay-Lac-Saint-Jean

- Francoeur, Jimmy M.A.

## Devenir superviseur ?

L'IFTCC vous offre l'opportunité de vous inscrire sur notre site Web afin d'annoncer vos services de supervision individuelle et de groupe, qu'ils soient à votre bureau ou en ligne en fonction de l'approche, des intérêts cliniques et de la région. Vous pouvez également afficher des groupes d'intervision.

[Cliquez ici](#) pour de plus amples informations (voir termes et conditions).



## Un outil de la thérapie de schémas : la lettre à un parent

Par Michel Giroux, psychologue, auteur et superviseur

L'auteur pratique la psychothérapie depuis 28 ans auprès d'une clientèle d'adultes et de couples. En 2014-2015, il a dirigé des séminaires d'intégration de la thérapie des schémas.  
Contact et site internet: [www.michelgiroux.net](http://www.michelgiroux.net)

**La lettre à un parent est un exercice couramment utilisé par Young pour susciter chez le client une exposition cognitive et émotionnelle aux schémas.** Elle s'associe aux exercices d'imagerie thérapeutique et peut impliquer un parent ou une personne significative. Cet exercice constitue un excellent moyen pour préparer une imagerie mentale ou l'approfondir sous la forme d'une tâche à la maison. Nous explorerons les fonctions thérapeutiques de cette lettre ainsi que les consignes pour stimuler l'exercice. Nous validerons également sa valeur par un exemple tiré de la pratique clinique.

### 1. Les fonctions thérapeutiques de la lettre aux parents

Quelles sont les fonctions thérapeutiques de la lettre aux parents dans le contexte de la thérapie des schémas? Pour Young, le parentage dysfonctionnel est habituellement à l'origine des schémas précoces inadaptés (SPI), ces schémas qui interfèrent dans la vie du client et empêchent une saine satisfaction de ses besoins. Pour guérir d'un schéma, il importe de contourner l'évitement qui protège le client de souvenirs difficiles et d'émotions bouleversantes, parce que cet évitement maintient le schéma et ses scénarios autodestructeurs. La lettre à un parent suscite une prise de conscience des situations qui activent les schémas; elle établit un pont avec les situations passées qui échappent au radar de la conscience du client et maintiennent la puissance du schéma.

La lettre à un parent est régulièrement prescrite aux clients en tant que tâche à faire à la maison. Elle s'adresse à leurs parents ou à des personnes significatives qui ont été blessantes pendant l'enfance ou l'adolescence (Young, Klosso et Weishaar, 2005). Le thérapeute stimule le client pour qu'il se réapproprie sa vie en sondant les blessures qui marquent son parcours. Il soutient le contact avec des faits précis, ce qui contourne l'intellectualisation, l'évitement et les généralités.

Les clients utilisent la rédaction de lettres comme moyen d'exposer leurs sentiments et d'affirmer leurs droits (Young et al. 2005). L'évitement et la dissociation sont des facteurs de maintien des schémas (SPI). S'exposer revêt donc une grande importance thérapeutique, et la lettre permet de mettre en mots les émotions et favorise leur expansion. Plus encore, elle aide l'enfant en soi à affirmer son droit de recevoir une réponse appropriée à ses besoins. Affirmer ses besoins soutient le passage d'une impuissance passive vers une attitude active, ce qui est rarement possible pour l'enfant, mais qui devient nécessaire pour cultiver l'Adulte sain, la partie de soi qui va reconnaître les besoins et leur trouver une réponse appropriée.

Comme le mentionnent les fondateurs de la thérapie des schémas, « le principe de ces lettres aux parents est de résumer les connaissances du parent que le patient a acquises grâce au travail cognitif et émotionnel » (Young et al. 2005). La lettre est un outil thérapeutique préparé à partir de l'exploration des schémas grâce aux questionnaires et de la narration de son histoire de vie. Il arrive que le client occulte ses souvenirs douloureux. « Je ne me souvenais pas avoir subi un vol de banque » est une cognition. « J'ai oublié la peur qui a paralysé mon corps cette journée-là » est une émotion. La lettre soutient les processus de réappropriation sur les plans cognitif et émotionnel.

Le thérapeute invite le client à préciser à son parent ce qu'il a fait, ce qu'il aurait dû faire ou ne pas faire en tant que bon parent. Il demande au client de prendre contact avec ses émotions, de les exprimer, et de préciser ce qu'il attendait en tant qu'enfant et ce qu'il désire aujourd'hui de la part de ses parents. Young souligne l'importance de l'attitude du thérapeute à l'égard de la lettre : celui-ci doit être à la fois respectueux et stimuler son client. Le thérapeute invite à chercher des faits, des exemples, il oriente le client vers la trame des événements, mais il va plus loin, il attire l'attention sur les comportements qu'un bon parent aurait dû adopter. Par exemple, si le client dit : « Je n'ai jamais manqué de vêtements ou de jouets, mais ma mère était froide et distante », le thérapeute souligne qu'il avait aussi besoin d'affection. Inviter le client à explorer dans la lettre les éléments préjudiciables amène ce dernier à envisager directement les non-dits, les secrets de famille et à se distancer d'une loyauté familiale qui se maintient à son détriment. Le client est soutenu dans la satisfaction de ses besoins en tant qu'enfant et dans sa vie présente. La thérapie des schémas est un puissant outil de changement, elle motive le client à explorer les liens explicites entre le passé et le présent, elle reconnaît l'endroit où le schéma est né et comment il se maintient dans un scénario répétitif.

Le client doit apporter la lettre à la rencontre thérapeutique et la lire à haute voix. Le thérapeute intègre cet exercice dans la relation thérapeutique, la relation étant l'un des ingrédients fondamentaux de la thérapie des schémas. Le thérapeute reçoit la lecture avec empathie, il soutient le client dans ses hésitations et il crée un espace positif de confrontation (d'exposition). J'ai souvent vu des clients bouleversés au moment de lire à haute voix une lettre écrite à la maison sans vagues émotionnelles. La lecture devient relation. La lecture à haute voix implique le corps, et qui dit corps dit émotion. Le sens cognitif des mots fait vibrer les cordes des émotions. Il m'arrive de lire moi-même la lettre pour permettre au client d'écouter les yeux fermés et de prendre contact avec les images qui émergent en lui. Quand le client lit lui-même la lettre, il faut souvent lui demander de ralentir sa lecture et de lire plusieurs fois la lettre pour qu'il puisse entrer en relation avec le contenu émotionnel.

## 2. Les consignes pour stimuler l'exercice de la lettre du client

Quelles sont les consignes pour stimuler le client avant, pendant et après l'exercice de la lettre ?

Au moment de présenter l'exercice :

Il peut être utile au moment de présenter l'exercice de discuter avec le client des avantages, des difficultés possibles, des réticences, de préciser explicitement que la lettre est un outil thérapeutique et non une lettre de réprimande à faire parvenir aux personnes impliquées.

Pour l'exercice à la maison, les consignes suivantes peuvent inspirer le thérapeute dans sa présentation :

1. Vous pouvez composer une lettre à un parent (mère, père, grands-parents ou autres personnes significatives) dans laquelle vous aborderez les sujets de votre choix. Il convient d'écrire une lettre par personne, en débutant par la mère de préférence, si cela convient.
2. Cette lettre peut être rédigée au temps présent même si des situations récentes et passées y sont abordées.
3. Vous pouvez débuter par des situations récentes et reculer dans le temps, vers des situations passées.
4. Il est très utile d'explorer au moins une situation tirée de votre adolescence et une autre tirée de votre enfance et dans lesquelles un de vos parents est concerné.
4. L'exercice peut vous exposer à des émotions variées, douces ou intenses, agréables ou désagréables; tout a sa place. Il y a des émotions inconfortables, mais il n'y a pas de mauvaises émotions.
5. Évitez toute neutralisation : « ce n'est pas grave », « pas si pire », « ça va bien aller » ou « vous avez fait de votre mieux ».
6. Décrivez les situations rencontrées d'une manière détaillée en incluant ce qui se passe en vous au moment où vous écrivez.
7. Lorsqu'il vous vient des souvenirs, décrivez ce que les autres font, ce que vous faites, ce que vous voyez, entendez, ce que vous sentez comme odeurs, ce que vous pensez, de même que les émotions et les sensations physiques que vous éprouvez au moment même de l'écriture.
8. Vers la fin de l'exercice, cherchez dans votre vie ACTUELLE une situation émotionnellement similaire et décrivez-la.

**On peut proposer au client la démarche suivante une fois que le client a rédigé sa lettre :**

1. Faites une lecture à haute voix de votre lettre lentement, en marquant des pauses aux moments significatifs.
2. Ressentez l'émotion qui monte en vous.
3. Précisez les émotions clés présentes chez vous et chez votre parent.
4. Encerclez trois ou quatre mots clés émotionnellement significatifs dans votre lettre.
5. Demandez-vous quelles sont les conséquences actuelles (bénéfiques ou néfastes) de ce souvenir sur vous.
6. N'oubliez pas d'apporter votre lettre à notre rencontre.

### 3. Exemple clinique : la lettre de Louis à son père, Gilbert

L'exemple suivant démontre l'apport de la lettre à un parent en contexte thérapeutique. Cet exercice a été réalisé pour préparer une imagerie thérapeutique du client avec son père. La lettre a été réalisée longtemps après le début de la thérapie. Le client a une habileté exceptionnelle à utiliser l'écrit comme mode d'expression, ce qui explique le caractère détaillé et élaboré de la lettre.

Le Questionnaire des schémas (YSQ-L3) révèle chez le client des Schémas Exigences Élevées, Imperfection/Honte et Isolement Social qui sont significatifs ; plus tard dans sa psychothérapie, le Schéma Assujettissement se révélera présent. Sa Stratégie Dysfonctionnelle dominante est l'évitement. Au Questionnaire des Modes (SMI 1.1.), le mode Enfant Vulnérable apparaît comme significatif. L'exercice de la lettre est utilisé pour préparer une imagerie liée au père au sujet de sa consommation d'alcool, puisque celle-ci a des conséquences néfastes sur le fils depuis son enfance. Le client se demande comment il va réagir face à son père au cours de leur prochain voyage de chasse, alors qu'il sera isolé avec son père ivre dans une cabane au milieu de la forêt.

Lettre de Louis à son père, Gilbert.

Je te parle, comme si je me parlais à moi-même, car j'ai franchement aucune idée comment tu vas prendre mon message. Cette lettre n'a rien à voir avec quoi que ce soit que tu as fait récemment, mais plus avec l'accumulation du temps et certains événements, en apparence anodins, mais jamais digérés. L'essence de la problématique est qu'à la fois je t'aime énormément mais aussi, je porte une blessure vraiment profonde, que j'étouffe et vis en silence. Cette blessure rend toute forme d'interaction avec toi plus difficile, et parfois malaisante. Par là, j'entends tout ce que j'éprouve depuis des années, à te voir consommer de l'alcool. Choses que je ne dis jamais, par peur d'aborder un sujet tabou, te froisser et subir les conséquences... un châtement.

Ce que je peux te dire, c'est que c'est très difficile de grandir en face d'une personne au double comportement, à la double personnalité, selon la consommation d'alcool ou non. Difficile de voir une personne que tu aimes se faire du mal psychologiquement et physiquement. Mes émotions les plus fréquentes dans ces moments sont la déception, le désespoir. Parfois, la colère ou même la rage. Souvent, avec cela, c'est la honte de voir cette personne dans cet état. La honte qui s'infiltré insidieusement. Et la honte, c'est gênant, on n'en parle pas, on la garde en dedans et elle nous empoisonne à petit feu. Cette honte qui nous fait se taire pour éviter les conflits et davantage de malaise. Cette honte, c'est moi qui la porte quand je te vois dans ces états.

Mon point à travers tout ça, c'est que je ressens une grande souffrance d'être le témoin de tes excès. Car même sans tomber dans l'extrême, c'est toujours apparent pour moi lorsque tu bois. Ces cachettes, les situations où tu penses peut-être passer inaperçu, mais je peux t'assurer que ce n'est pas le cas. Ça reste que je trouve ça franchement insultant, de me faire berner par quelqu'un qui tente de cacher quelque chose. Et au lieu de dénoncer ou confronter, je tente toujours de me faire le plus discret possible, de ne pas faire de vagues. Comme si j'étais celui au comportement déplacé.

On finit par s'adapter et accepter passivement toute forme de situation.

Alors que je suis ado et que j'habite encore à la maison, à l'heure de me mettre au lit, je ne veux pas aller te saluer car je ne veux pas voir ton expression d'ivrogne.

Lors de nos voyages de chasse, je suis toujours le témoin passif de tes excès de boisson qui sont alors à leur apogée, dans un endroit avec très peu de vie privée. Je ne peux pas l'éviter, contrairement à la maison. Parfois, je suis figé de peur dans mon lit, dans l'attente que tu te couches enfin et arrêtes de faire des sons grotesques et imprévisibles. Je me sens carrément en danger. Tu m'effraies.

Les voyages de chasse étaient une activité attendue avec grande anticipation, mais en vieillissant l'alternance entre les bons et les mauvais moments est d'une troublante régularité. Chaque soir le même scénario. Une soûlerie sans restriction, aucune. Ce qui me rend d'autant plus malheureux, c'est que tu as été (et es encore!) un père incroyable et avec qui j'ai pu partager davantage que la plupart. Voyages de chasse, activités en forêt, projets de construction divers, la mécanique, même le sport!, etc.

Avec ce complexe d'émotions, c'est, avec le temps, devenu extrêmement mélangeant pour moi de savoir comment je me sens fasse à toi. Amour, honte, acceptation passive, rancœur...? La situation change constamment selon les événements. Difficile pour moi donc d'accepter ton intérêt envers moi ou de t'en témoigner.

Je pense que ça résume bien en gros. J'ai espoir que tu pourras comprendre ce que j'ai essayé de te témoigner.

Bye Louis

Au commencement, on a honte de l'autre et on garde ça sous silence. Ensuite, la honte nous colle à la peau.

Sous-entendu : « Je n'ai pas le droit d'être moi-même et dire ce que je pense – m'exprimer » « Ce que je pense et ressens est inacceptable... déplacé... exagéré ». Illégitimité **de mon ressenti. N'a pas sa place, je n'ai pas ma place. Je ne prends pas ma place.**

Cette lettre expose les états émotionnels contenus dans les Schémas de Imperfection – Honte et Assujettissement, qui reposent sur une impuissance moulée dans l'enfance et dont la peur et le sentiment de dégoût sont des ingrédients clés. Le client établit un lien entre le sentiment de honte qui s'active de façon continue dans sa vie et la honte vécue en présence de son père. Il cerne la source de sa honte : « Au commencement, on a honte de l'autre et on garde ça sous silence. Ensuite, la honte nous colle à la peau. » Le client est dégoûté par son corps et la pâleur de sa peau; ce dégoût trouve sa source au moyen de cette lettre. Cet exercice lui permet de prendre parole face à son père, ce qui contraste avec le silence habituel qui le protège. Dans ses relations actuelles, le client se moule dans les mêmes schémas; avec la lettre, il prend conscience de la similitude des thèmes, des stratégies et des défis. L'exercice d'imagerie au cours de la rencontre thérapeutique qui a suivi a contrasté avec la lettre, car le client est alors resté muet devant son père. Ce silence lui révèle l'importance de faire appel à son Adulte sain pour exprimer ce que ressent son Enfant Vulnérable.

En conclusion, rappelons que la thérapie des schémas offre plusieurs outils aux cliniciens pour favoriser chez le client la prise de conscience de ses besoins ainsi que l'autonomie. Dans cette perspective, la lettre à un parent permet au client d'établir un lien entre les situations souffrantes qu'il vit actuellement et les situations bouleversantes qui ont tissé son histoire de vie. Elle diminue l'évitement par la reconnaissance des souvenirs souffrants et elle cultive l'Adulte sain par la prise en charge des besoins de son Enfant Vulnérable. Introduite dans la relation thérapeutique, la lettre permet, dans un climat d'empathie, de s'exposer aux contenus évités. Elle offre l'occasion aux cognitions de prendre corps au moyen de la verbalisation du client. Cet outil simple est un puissant levier de changement thérapeutique.

### **Références :**

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





# Thérapie des schémas : une question au Maître clinicien

Par Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue

**Pierre Cousineau est Docteur en psychologie (Ph.D. de University of Waterloo). Il pratique la psychothérapie depuis plus de 40 ans. Il est notamment formateur pour l'IFTCC. Il est un leader sur la thérapie des schémas en francophonie et il est certifié de l'International Society for Schema Therapy.**

**« À votre avis, quel est le rôle du langage en psychothérapie ? »**

Mon ami Matthieu Villatte vient de publier un excellent ouvrage sur l'utilisation fonctionnelle de l'échange verbal en psychothérapie. C'est en grande partie grâce à lui que la fort complexe théorie des cadres relationnels m'est devenue plus digeste.

Mais, tout en étant parfaitement d'accord avec l'idée que le langage gagne à être compris dans sa dimension contextuelle et fonctionnelle, j'ai toujours insisté dans mes échanges avec Matthieu sur la notion d'intentionnalité (besoin, motivation) absente du discours behavioriste. Ainsi, le développement d'un rapport plus harmonieux avec ses besoins psychologiques fondamentaux (l'attachement, la curiosité, etc.) constitue l'objectif essentiel des interventions en thérapie des schémas.

S'est ajoutée chez moi dans les dernières années une autre dimension à celle de l'intentionnalité; en plus donc d'une intentionnalité fondée sur les besoins, il y en a une reposant sur le maintien d'une cohérence interne (en harmonie avec certains modèles neuroscientifiques). Par exemple, le plus souvent de façon implicite (hors de mon champ de conscience), je pourrais maintenir un discours autodénigrant parce que c'est la stratégie procédurale adoptée pour éviter de ressentir de l'impuissance dans certains contextes. Bonne chance à qui tenterait de me faire abandonner cet autodénigrement à partir d'une argumentation verbale, aussi rationnelle soit-elle.

Alors, si le langage a été appris dans des contextes spécifiques, à partir de cadres souvent arbitraires, s'il répond le plus souvent à des intentions hors du champ de la conscience visant des réponses à mes besoins ou à maintenir une cohérence, comment puis-je me fier à ce qu'on me dit (ou à ce que je dis) et croire qu'on me décrit une réalité objective, qui serait la même pour tout le monde? Comment pourrait-on définir une distorsion cognitive puisque dans ce contexte mon discours ne peut se fonder que sur une réalité traitée à travers mon histoire et qu'il interagit avec des discours créés à travers l'histoire des autres?

Ouf, un peu raide comme introduction – je vous le concède! Pourtant c'est bien du langage que j'ai utilisé pour développer mon argumentation... Je dois maintenant arriver à le contextualiser dans l'espoir qu'il éveille chez vous des expériences reconnues (c'est ça le sens, quelque chose que l'on reconnaît dans son expérience – les métaphores ont cette fonction).

J'ai écrit spontanément (une émergence) il y a quelques années : j'accorde très peu de crédibilité au contenu du discours; je cherche plutôt à saisir l'intention qu'il défend. Je suis convaincu que notre discours vise toujours quelque chose : il repose sur une intention ou, sous un autre langage, il vise la création d'une expérience plaisante ou cherche à éviter une expérience déplaisante. **Alors, si je me demandais qu'est-ce que cette personne vise plutôt que, que me raconte-t-elle?** Je viens d'apprendre une bonne nouvelle et je cherche quelqu'un avec qui je pourrais partager ma joie; j'essaie de justifier une erreur que je viens de commettre afin d'éviter le sentiment d'être en faute; j'exprime ma colère dans l'espoir d'influencer le comportement de l'autre; le seul fait que l'on m'écoute avec bienveillance conforte mon sentiment de légitimité personnelle; je donne une information qui nous permettra de coordonner notre action; je me blâme d'avoir fait une erreur afin de me réassurer qu'il était possible d'avoir un contrôle sur la situation, etc. Le plus souvent cela se fait à l'insu de la conscience (conscience comme traitement explicite de l'information) de la personne qui émet l'énoncé; en fait, ce n'est pas nécessaire d'être conscient de la visée de notre énoncé. Les renforcements et les punitions n'ont aucun problème à exercer leurs contingences de façon implicite : ainsi, je n'ai pas besoin de savoir ce qui provoque chez moi une compulsion à fumer ou à manger pour le faire.

Le principe de l'analyse fonctionnelle est fondamental en thérapie comportementale. Or, pourquoi le langage obéirait-il à des principes différents? Le langage est certainement apparu pour les mêmes raisons que tout le reste, c'est-à-dire parce qu'il ajoutait quelque chose à notre capacité d'adaptation – **il n'a donc pas été créé pour décrire la réalité, mais plutôt pour s'y adapter.** Yuval Noah Harari dans son provoquant bestseller *Sapiens : Une brève histoire de l'humanité*, décrit ce qu'il qualifie de Révolution cognitive, ou de l'impact qu'a eu le langage sur l'évolution de l'humanité. Je traduis dans mon vocabulaire en soulignant que cela a permis la création d'univers virtuels pourtant considérés comme étant réels. Par exemple, Harari émet l'hypothèse que la création des mythes (dieux, êtres surnaturels, ou encore systèmes idéologiques qui annoncent la félicité de l'humain – capitalisme, socialisme...) a permis la coordination de groupes dépassant le nombre maximal de personnes pouvant avoir des rapports interpersonnels directs (des nations peuvent compter des millions de personnes). Voici un très bel exemple de ce que je tentais d'expliquer plus tôt, le mythe comme création langagière servant à créer une cohérence sociale. Il n'est pas important de savoir s'il est vrai ou faux (de toute façon, il n'y a aucune façon certaine de le vérifier) ou d'en connaître toutes les subtilités scolastiques (on en aurait pour une vie); mais plutôt, cette croyance partagée par une société permet-elle sa cohérence, en d'autres mots est-elle fonctionnelle ou non? Malgré la simplicité de la question, une quantité infinie de textes ont été écrits sur le contenu et l'interprétation des mythes, qu'ils soient religieux, politiques ou sociojuridiques. Et l'on assiste quotidiennement dans les médias à des débats sans fin sur la pertinence d'un tel discours par rapport à tel autre discours, que ses débats soient tenus par ceux considérés comme experts (il est toujours intéressant de se questionner sur les intentions de ceux qui déterminent l'expertise), ou par monsieur et madame tout le monde.

D'accord me diriez-vous, mais qu'est-ce que tout cela a à voir avec la psychothérapie? C'est que dans la très grande majorité des cas, la psychothérapie se fonde sur un échange verbal. Et par quelle magie la fonction du langage se métamorphoserait-elle soudainement en franchissant la porte d'un cabinet de psychothérapeute? Peut-être aurait-on affaire à l'illusion du thérapeute lui-même quant au pouvoir magique (ou fusionnel) de ses mots : vous valez plus que vous ne le pensez – vous faites une distorsion cognitive – vous êtes narcissique – vous reproduisez dans vos relations amoureuses le genre de relation que vous aviez avec votre mère – vous fuyez le moment présent – vous luttez contre la réalité – inconsciemment, vous vous arrangez pour être rejeté, etc. Sans rejeter l'idée que ces interventions langagières puissent avoir un impact, j'oserais tout de même affirmer qu'elles auront peu de chance de modifier nos mémoires émotionnelles si elles ne réussissent pas à créer une réactivation expérientielle – la fonction du stimulus verbal devra mobiliser les circuits sous-corticaux impliqués dans la création et le maintien de ces mémoires.

Pour les personnes familières avec la thérapie des schémas, ceci permet de comprendre pourquoi Young a tellement insisté sur les exercices en imagerie mentale avec les modes Enfant Vulnérable et Enfant en Colère. Ils servent en quelque sorte de métaphore au travail sur les mémoires émotionnelles implicites. Et cette utilisation métaphorique du langage (l'adulte en face de nous demeure évidemment un adulte, avec ses responsabilités d'adulte) offre l'opportunité d'une expérience incongruente à celle inscrite dans la mémoire émotionnelle. Et c'est cela qui peut modifier un schéma (voir dans Ecker et al. de nombreuses illustrations de ce processus).

Illustration clinique : Une scène d'abus de l'enfance est réactivée en imagerie mentale. Mais dans cette nouvelle version, la patiente se défend, maîtrise l'agresseur. Plutôt que de la vulnérabilité, elle ressent une colère légitime et fonctionnelle et une impression de maîtrise. Même si cette intervention n'a rien changé à l'événement originel (la mémoire des faits), il en a modifié la structure mnésique : le sentiment d'impuissance a été muté en conviction d'avoir les moyens de se défendre, conviction qui pourra se généraliser à d'autres contextes dans lesquels la fonction du stimulus sera le même (réaction à une tentative d'abus).

**Le changement doit être fondé sur de nouvelles expériences** – la modification d'une mémoire émotionnelle exige sa réactivation, puis sa contestation, non pas par des mots, mais par une nouvelle expérience, incompatible avec la première.

Revenons à l'exercice en imagerie mentale du paragraphe précédent. Si nous ajoutons au sentiment d'impuissance de la mémoire originelle, un discours dans lequel la patiente en est arrivée à la conclusion que cela disait quelque chose sur elle, qu'elle ne méritait pas mieux (schéma Imperfection en thérapie des schémas). Encore ici, il est probable qu'une simple argumentation à l'effet que sa conclusion soit erronée ou encore un questionnement socratique sur les fondements de cette conclusion aient peu de chances de modifier cette conviction ancrée. Mais si lors de l'exercice expérientiel d'imagerie, l'on demandait à notre patiente de s'adresser directement à cette petite fille vulnérable, et que spontanément elle lui dise « tu ne mérites pas ça » (sans que le thérapeute n'ait eu besoin d'intervenir), les probabilités que cette nouvelle version d'elle-même s'impose dans son univers subjectif sont beaucoup plus grandes. Si c'est le cas (la vérification est une étape du processus d'intervention), cette nouvelle version se maintiendra sans effort, ne nécessitant pas le recours à des stratégies mentales – la mémoire implicite a été modifiée. Et étonnamment, le discours (niveau du langage) utilisé pour se décrire se modifiera de lui-même, sa fonction ayant été changée.

Il ne s'agit pas ici de mettre à la poubelle toute tentative d'intervention verbale (on ne sait jamais à l'avance la fonction spécifique d'un énoncé), mais plutôt d'être plus sensible à la fonction contextuelle du langage, accorder moins d'importance à ce qu'il avance ouvertement, sur le plan du contenu, et plus à ce qu'il vise dans le contexte où il apparaît.

## Références :

Villatte, M., Villatte, J.L., & Hayes, S.C. (2016). *Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention*. New York: Guilford Press.

Harari, Y. N. (2014), publié en français chez Albin Michel en (2015).

Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the Emotional Brain: Eliminating Symptoms at Their Roots Using Memory Reconsolidation*. New York: Routledge.



A close-up portrait of Dr. Barry Duncan, a middle-aged man with short grey hair and blue eyes, looking directly at the camera. The portrait is partially obscured by a yellow banner containing the title and author information.

# Entretien avec Dr. Barry Duncan

Par Karyne Bettencourt, Doctorante en psychologie clinique, UQTR

**Dr. Duncan, vous êtes un clinicien et chercheur de renommée mondiale, vous avez une superbe carrière et avez fait de grandes contributions dans le domaine de la psychologie. Nous sommes honorés que vous ayez accepté notre invitation à venir à Québec et à participer à cette brève entrevue.**

Merci beaucoup pour vos aimables paroles et cette merveilleuse opportunité. Je suis honoré de votre demande et je suis impatient de venir dans votre belle ville.

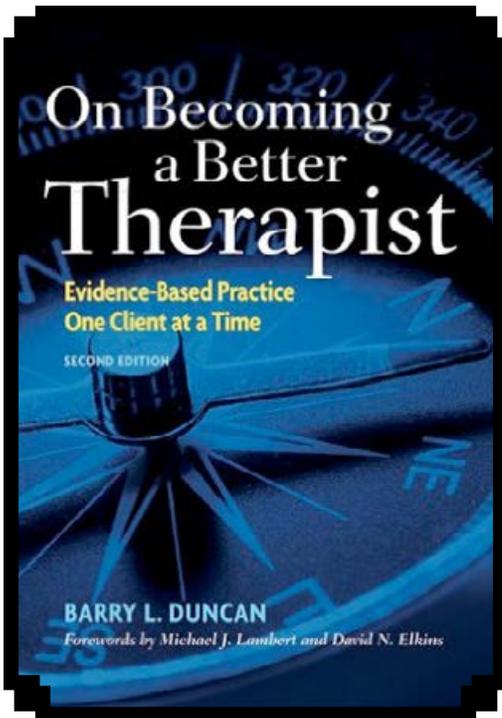
**Comment décririez-vous votre approche à la psychothérapie (ex .: humaniste, CBT, etc.)?**

Mon approche à la psychothérapie est généralement appelée « éclectique », mais parfois ce terme est mal interprété. Mon travail met au centre du processus thérapeutique, la voix et la réflexion du client: pour délibérément améliorer les facteurs à travers lesquels les théories amènent le succès (particulièrement l'alliance): utiliser les idées et préférences du client pour guider le choix de techniques et modèles; et guider les interventions à partir du *Partners for Change Outcomes Management System* (PCOMS). PCOMS fait référence à l'évaluation continue des perceptions de progrès et d'alliance thérapeutique du client dans la thérapie et à une comparaison en temps réel avec une réponse attendue de traitement, afin d'intervenir si les changements n'arrivent pas comme prévus. Avec cette alerte, les cliniciens et les clients ont l'opportunité de modifier les objectifs de l'intervention ou de modifier les interventions avant la détérioration du processus ou l'abandon du client.

Je perçois la psychothérapie comme un processus orienté vers la découverte, une quête individuelle afin de trouver ce qui fonctionne pour un client. **La psychothérapie est une expédition en collaboration avec le client vers la découverte de la « magie du moment ».** Pas la magie liée à un geste spectaculaire ou une technique isolée ou toute autre nouveauté, mais plutôt la magie qui cultive l'exploration du monde du client, la validation de son expérience et la découverte de ce qui peut faire une différence significative dans sa qualité de vie. Le client et moi sommes co-explorateurs, recherchant dans le monde du client la carte de la route du rétablissement. Comme des co-aventuriers, nous rencontrons de multiples occasions de partager nos points de vue respectifs en traversant le terrain du monde du client, s'arrêtant périodiquement pour consulter notre boussole PCOMS pour s'assurer que nous nous dirigeons dans la bonne direction. En cas d'égarement, nous nous consultons pour trouver des routes alternatives sur nos cartes, ainsi que les cartes des autres que nous rencontrons sur le chemin. De telles expéditions permettent souvent de découvrir des sentiers que nous ne savions exister même en rêve.

**\*\*Crédit photo: international Gambling Conference**

**Vous avez plus d'une centaine de publications, y compris une quinzaine de livres. Un livre important est *On Becoming a Better Therapist: Evidence-Based Practice One Client at a Time*. Quels sont les principaux arguments proposés dans ce livre? Comment devient-on un meilleur thérapeute?**



Dans *On Becoming*, je propose que les thérapeutes prennent à cœur deux éléments : demander de la rétroaction systématique avec les clients via le PCOMS et amener les thérapeutes à se voir comme étant proactifs dans leur développement. L'intégration de ces deux aspects critiques peut ouvrir sur de nouvelles perspectives pour les thérapeutes qui souhaitent avoir un impact rapide sur la qualité de leur travail avec les clients. PCOMS offre un moyen pratique d'éliminer l'ambiguïté en thérapie et de distinguer le développement clinique sans tomber dans une pensée magique. La collecte systématique d'évaluation des résultats améliore les résultats thérapeutiques en identifiant cet échantillon de clients (que nous avons tous) qui ne répondent pas au traitement, afin que vous puissiez ensemble forger de nouvelles avenues. Il vous permet aussi de suivre votre efficacité au fil du temps (votre développement de carrière) et mettre en œuvre, de manière proactive, des stratégies pour améliorer vos résultats.

**À votre avis, quels sont les deux éléments les plus fondamentaux pour une psychothérapie réussie?**

Le nom de mon organisation est le Heart and Soul of Change Project et j'ai nommé le livre populaire sur les facteurs communs *The Heart and Soul of Change*. **Cela provient de ma conviction que le client est le cœur et l'alliance est l'âme du changement.** Le meilleur allié pour une psychothérapie réussie n'est pas les livres sur nos tablettes vantant le dernier remède miracle, mais plutôt la personne dans la pièce avec nous en ce moment. Et puis il y a l'alliance, le carburant du changement: elle comprend le lien relationnel et l'accord avec le client sur ce qu'on espère accomplir et comment la thérapie va y parvenir. Les clients avec des alliances solides sont plus susceptibles de rester en thérapie et d'en tirer profit.

Deux autres points connexes. **Le thérapeute est une source d'influence sur les résultats – pas quel modèle ou technique, mais plutôt qui est le thérapeute.** Les thérapeutes représentent la variance plus que de tout traitement délivré et varient de manière significative dans les résultats. La grande question, bien sûr, est ce qui rend un thérapeute meilleur qu'un autre. Pas besoin d'embaucher un détective ici. La réponse est : la qualité de l'alliance thérapeutique. Les thérapeutes qui forment des alliances solides entre plusieurs clients obtiennent de meilleurs résultats périodiquement.

Le deuxième point concernant le fait de faire du bon travail est peut-être la compétence la plus difficile pour les thérapeutes à maîtriser, à savoir la capacité à garder les rencontres concentrées et ne pas se perdre dans les histoires parfois confuses et complexes des clients. Passer d'un sujet important à un sujet important, sans lien thématique ou avec la vie du client, est presque une recette garantie pour l'échec. Mais il peut être difficile de simultanément suivre le fil du client tout en ne perdant pas de vue où le client veut aller...

Espérons que je ne ressemble pas à un disque rayé (si quelqu'un se souvient de ce que c'est...), mais le PCOMS peut aider. Il permet de centrer la thérapie sur ce que le client souhaite réellement, il aide le thérapeute à rester centré sur la tâche et à adapter la conversation à la complexité de la vie des clients vers quelque chose de tangible qui fera une différence.

**Vous nous avez rendu visite pour présenter un atelier qui a été très apprécié en 2012 au congrès de l'Ordre des psychologues du Québec à Montréal. Est-ce que ce sera votre première visite dans la ville de Québec?**

Merci, j'ai passé un bon moment à Montréal et je suis impatient de venir à Québec. Je n'y suis jamais allé à titre professionnel, mais j'ai visité la ville en 2004 quand mon fils a joué dans le Tournoi International de Hockey Pee-Wee de Québec. J'aime beaucoup cette ville. J'espère faire plus de tourisme lors de cette visite et je suis impatient d'entendre les recommandations des gens de Québec.



# Optimiser son utilisation de l'exposition en ACT

Par Jimmy Francoeur, Psychologue clinicien et superviseur IFTCC

Les approches dites de la 3e vague sont devenues en quelques années de plus en plus populaires auprès de nombreux chercheurs et cliniciens. Parmi ces nouvelles approches, l'ACT ou la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (Acceptance and Commitment Therapy, en anglais) est une des plus connues.

## Les fondements de l'ACT

Sur le plan des influences, on associe généralement l'ACT aux théories cognitives et comportementales. Cependant, sur le plan théorique, l'ACT s'est beaucoup plus inspirée du béhaviorisme radical de Skinner que de la théorie cognitive de Beck. La philosophie de la science, le contextualisme fonctionnel, sous-tend la théorie de l'ACT. Le contextualisme fonctionnel postule qu'il n'y a pas de vérité objective, mais que le critère de « vérité » qui devrait être utilisé devrait être celui de l'utilité ou la fonction. En d'autres termes, une théorie n'est « vraie » que si elle fonctionne dans le monde réel et que si elle nous permet d'atteindre l'objectif du moment (Jacobson, 1997). Du béhaviorisme radical de Skinner découle également la Théorie des Cadres Relationnels (Relational Frame Theory ou RFT) à laquelle Steven Hayes, un des fondateurs de l'ACT, a grandement contribué (Hayes, Barnes-Holmes, et Roche, 2001). Bien que fascinante, expliquer la Théorie des Cadres Relationnels dépasse largement l'objectif de cet article. Le bouddhisme a également eu une très grande influence sur les approches de la 3e vague, non seulement sur le plan des méthodes, telles que l'utilisation de la pleine conscience, mais également sur le plan philosophique (Hayes, 2002). **L'objectif fondamental de la thérapie ACT est de développer la flexibilité psychologique.** Six processus fondamentaux sont identifiés comme étant à la base de la flexibilité psychologique : l'acceptation, le contact avec le moment présent, les valeurs, l'action engagée, le soi comme contexte et la défusion (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). L'objectif du présent article est d'aborder la perspective de l'ACT en regard de l'utilisation de l'exposition en contexte thérapeutique et de proposer quelques exemples de son utilisation en psychothérapie.

## Qu'est-ce que l'exposition ?

**L'exposition réfère au processus d'exposition répétée et systématique à des stimuli qui sont craints, évités ou endurés avec anxiété par un individu.** La thérapie d'exposition inclut l'exposition in vivo à des objets réels, des situations. Elle comporte également l'exposition en imagination à des souvenirs traumatiques, des scénarios catastrophiques, des pensées obsessionnelles ou à des sensations physiques (Craske, 2014). On inclut aussi régulièrement les expériences comportementales (ou tests comportementaux) au sein des thérapies d'exposition. **Un test comportemental est une expérience, faite par le patient, basé sur l'observation et l'expérimentation.** Le test comportemental vise à remettre en cause la validité d'une croyance ou d'une attente à propos du patient lui-même, de son environnement ou des gens en général. Ces tests contribuent à la remise en question d'anciennes croyances et au développement de nouvelles conceptions plus adaptées (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackman, Mueller et Westbrook, 2004). Bien que plusieurs études aient démontré l'efficacité de l'exposition avec divers troubles anxieux (Hofmann et Smith, 2008), les mécanismes d'action qui permettent d'obtenir des résultats ne sont pas encore parfaitement connus. Généralement, les théories sur le fonctionnement de l'exposition se basent sur le processus d'extinction, c'est-à-dire la diminution de l'intensité de la réponse de peur et/ou d'évitement suite à une présentation répétée du stimulus aversif. On retrouve également des théories basées sur l'apprentissage et la neuropsychologie. L'excellent article de Craske (2014) est à consulter afin de se familiariser avec certains mécanismes d'actions possibles opérant dans le processus d'exposition.

## De l'évitement expérientiel à la rigidité psychologique

L'exposition lorsqu'elle est utilisée avec succès amène généralement deux conséquences. La première : une diminution des comportements d'évitements. La seconde : une diminution de l'anxiété ou du malaise en présence du stimulus aversif. Pour comprendre la perspective ACT vis-à-vis de l'exposition, **il faut se rappeler que l'ACT considère que les troubles psychologiques trouvent leur origine, en grande partie, dans les évitements expérientiels et que ce sont les évitements qui maintiennent ces troubles** (Boulangier et al., 2010). Les évitements expérientiels sont des tentatives évidentes ou discrètes de ne pas être pleinement en contact avec ce qui se passe dans l'ici et maintenant. Ces tentatives peuvent aller de simplement sortir d'un endroit où l'on a l'impression d'étouffer, à tenter de se changer les idées pour ne pas penser ou ressentir quelque chose de pénible. On peut parfois qualifier les évitements non-observables de « micro-évitements » ou « d'évitements subtils », par exemple, lorsque l'individu utilise la distraction, pense à autre chose ou change le sujet de la conversation. **On peut donc dire qu'une bonne utilisation de l'exposition amène le patient à ne pas recourir à l'évitement concret ou subtil et à demeurer pleinement en contact avec le stimulus aversif** (Monestès et Villate, 2011).

L'évitement n'est pas un problème en soi, c'est souvent la généralisation de celui-ci dans la vie du patient qui pose problème. Les patients en viennent à éviter certaines pensées, émotions et situations au détriment, bien souvent, d'une vie pleine et riche de sens. **L'évitement a un coût qui se paie trop souvent en qualité de vie et c'est ce coût qui amène beaucoup de patients à consulter en thérapie.** On constate fréquemment dans la majorité des troubles anxieux un appauvrissement du répertoire comportemental des gens. Les nouvelles expériences ou celles qui étaient autrefois plaisantes sont maintenant appréhendées ou évitées.

.Lorsque l'évitement prend de plus en plus de place dans la vie de la personne, on assiste à une forme de rigidité psychologique qui prend la forme de cercles vicieux tels que l'alcoolisme et l'agoraphobie. L'ACT est donc une approche qui vise à redonner de la flexibilité psychologique aux personnes en travaillant sur les six processus énoncés précédemment (Hayes, Strosahl, et Wilson, 1999; Luoma, Hayes, Walser, 2007). L'ACT et les thérapies comportementales classiques partagent donc un point commun qui consiste en la réduction des comportements d'évitement. Par contre, les thérapies d'exposition plus traditionnelles visent explicitement la diminution de la réponse aversive ou de l'anxiété comme une fin en soi. Les thérapeutes ACT, quant à eux, tendent à se distancier de cette position sur deux points. D'abord, l'ACT n'a pas pour objectif de diminuer ou contrôler les émotions négatives (Hayes, Strosahl, et Wilson, 1999). Il importe davantage, dans cette perspective, d'agir en fonction des valeurs, d'améliorer sa qualité de vie et de retrouver une plus grande flexibilité psychologique. La seconde distinction est que l'exposition, pour l'ACT, est une opportunité de pratiquer les six habiletés du modèle, telles que l'observation ou le contact avec l'instant présent.

L'ACT apporte également une réflexion intéressante sur le contrôle des événements privés. **L'être humain a souvent tenté de contrôler ses pensées ou ses émotions afin de minimiser la souffrance inhérente à l'expérience humaine.** Pour l'ACT, ce n'est pas tant la souffrance qui est le problème, mais plutôt les tentatives répétées de contrôler l'incontrôlable. Pour comprendre cette position, il faut se référer à l'effet paradoxal du contrôle des pensées et des émotions négatives (Wilson et Murrell, 2004). Cet effet paradoxal est bien connu de la plupart des psychologues, lorsqu'on demande, par exemple, à une personne de penser à un chameau, en incluant dans cette visualisation beaucoup d'indices sensoriels tels que sa forme, odeur, texture, etc. et qu'ensuite on lui demande de ne plus y penser pour la prochaine minute, on observe généralement une chose : les patients éprouvent beaucoup de difficulté à ne pas penser au chameau. Il est effectivement difficile de chasser une pensée ou une émotion, car ce faisant, on lui donne généralement plus d'importance alors elle se maintient dans le temps. En effet, combien de nos patients se présentent sans un important historique de tentatives inefficaces de contrôle des pensées et des émotions? Ainsi, l'ACT identifie comme problématique les tentatives de contrôle des pensées et des émotions négatives puisqu'elles sont bien souvent infructueuses et elles se paient, encore une fois, souvent en qualité de vie et au détriment d'avancer vers ce qui compte vraiment pour la personne (Hayes, Strosahl, et Wilson, 1999). L'exposition, en ACT, permet donc d'expérimenter la cessation de la lutte avec les pensées et émotions difficiles. Bref, d'oser l'acceptation.

## L'exposition dans une perspective ACT

**L'exposition en ACT se veut une tentative de diminuer les évitements expérientiels, ainsi que de rendre plus flexibles les modes de fonctionnement rigides de la personne.** Ainsi, l'objectif n'est pas d'atténuer spécifiquement les émotions négatives associées au stimulus aversif, évidemment c'est souvent cela qui se produit, mais le « succès » de l'exposition ACT se mesure davantage par la diminution de l'évitement expérientiel et par l'augmentation de la fréquence des comportements visant à améliorer la qualité de vie. L'exposition, telle que conceptualisée en ACT, est une opportunité d'apprentissage permettant de travailler les six processus qui sous-tendent la flexibilité psychologique.

## Applications ACT de l'exposition

À présent, voici quelques propositions d'utilisation de l'exposition dans un contexte de thérapie ACT. Évidemment, comme tous les thérapeutes ayant une certaine expérience dans l'utilisation de l'exposition le savent, certains ingrédients sont essentiels afin d'obtenir la collaboration du patient : une relation de confiance et une bonne psychoéducation. Les exercices d'exposition auraient avantage à être amenés en thérapie au moment où ces deux conditions essentielles sont bien établies.

Ainsi, l'exposition peut facilement être intégrée à l'ACT à condition de la rendre cohérente avec le rationnel de l'approche. Une utilisation contradictoire avec le rationnel de l'ACT impliquerait de donner le message qu'il est important de réduire ou contrôler les émotions pénibles afin d'avancer en direction d'une vie plus connectée aux valeurs. **La clé d'une bonne utilisation de l'exposition en ACT se trouve probablement dans le rationnel offert au patient.** En effet, sur le plan de l'utilisation des stratégies d'exposition, le thérapeute ACT n'a pas besoin de modifier le protocole habituel lors de son utilisation. L'emploi de l'exposition en ACT implique davantage de faire un effort afin de demeurer cohérent avec les principes de la thérapie. Il y a fort à parier qu'une utilisation contradictoire de l'exposition avec les principes de l'ACT risquera d'être perçue par le patient, au risque de miner le travail précédemment effectué. De plus, l'exposition aurait probablement avantage à être présentée un peu plus tard dans la thérapie. En effet, il serait avantageux d'avoir travaillé les processus de l'ACT, comme par exemple, l'acceptation ou la clarification des valeurs, (p.ex., acceptation, clarification des valeurs) avec le patient avant de l'utiliser. On peut voir l'exposition comme un exercice plus avancé qui permettrait au patient et au thérapeute de tester les processus ACT dans l'ici et maintenant. L'exposition peut être aussi utilisée comme une opportunité de mettre de l'avant, par exemple, la défusion, c'est-à-dire la prise de distance avec le contenu littéral de la pensée. Ainsi, un patient ayant un trouble obsessionnel et compulsif pourrait, lors d'une expérience comportementale, expérimenter que sa croyance n'est effectivement qu'un ensemble de pensées lorsque la conséquence anticipée ne se manifeste pas. L'activation physiologique qu'occasionnent les exercices d'exposition est également une opportunité de travailler l'acceptation et l'observation des sensations dans l'ici et maintenant.

Lors de la phase de psychoéducation, il s'avère bénéfique de susciter une réflexion sur les valeurs. On peut demander au patient de trouver quelles valeurs seraient sous-jacentes à effectuer des exercices d'exposition ou encore quelles valeurs pourraient se manifester lors des exercices d'exposition. Une réflexion de ce type risque d'être particulièrement aidante si le patient est réticent à entreprendre les exercices d'exposition, comme c'est bien souvent le cas. **Les séances d'exposition deviennent donc, en quelque sorte, un microcosme de ce qui peut se passer à l'extérieur de la thérapie si l'on accepte les aspects pénibles de son expérience avec courage tout en choisissant de ne pas les éviter ou de les fuir.** Il est aussi important de terminer les exercices d'exposition avec un retour sur les valeurs, par exemple, aborder le courage que l'exposition a probablement nécessité de la part du patient et en quoi ces exercices sont une opportunité de pratiquer certains gestes à poser dans le futur. Ce retour peut aussi permettre de transformer un exercice potentiellement aversif en une action connectée à des valeurs importantes.

**Il serait probablement très avantageux d'aborder avec le patient en quoi l'exposition à ses peurs est un pas en direction d'une vie plus riche et plus connectés aux valeurs de la personne.** Sur le plan de la motivation, il est souvent plus facile de faire des efforts pour faire des gains que pour diminuer des inconforts. L'utilisation de la Matrice ACT sera particulièrement aidante afin de bien illustrer ce point. À titre d'exemple, il sera probablement plus acceptable de s'exposer à sa peur des avions si cela permet de faire un voyage avec des gens que l'on aime et vivre davantage comme la personne que l'on voudrait être. Au contraire, s'exposer dans l'optique d'être simplement moins anxieux en avion, n'offre qu'un attrait limité. Il importe donc de donner du sens à ces exercices. La qualité de vie se trouve dans l'affrontement de ses peurs. C'est par l'élargissement du répertoire comportemental que l'individu risque de rencontrer des situations potentiellement renforçantes et enrichissantes.

Pour conclure, l'exposition utilisée en ACT vise essentiellement à diminuer l'évitement expérientiel et elle est une opportunité de faire de nouveaux apprentissages permettant de « flexibiliser » les modes de fonctionnement antérieurs du patient. Il s'agit également d'une occasion de pratiquer dans l'ici et maintenant les habiletés fondamentales de l'ACT.

### **Références :**

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. F. (2012). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. The Guilford Press.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Hackmann, A., & Mueller, M. (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford University Press.

Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. Dans Kring, A., Sloan, D. (Eds). *Emotional regulation and psychopathology* (pp. 107-134). New York : Guilford Press.

Craske, M. G. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. Dans *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23.

Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy*, 28, 235-243.

Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9 (1), 58–66.

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

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition : The Process and Practice of Mindful Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., (1999). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: The Guilford Press

Hofman, H. G., & Smiths, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*. Apr, 69(4), 621-32.

Luoma, J. B, Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland: New Harbinger Publications.

Monestès, J. L., & Villate, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Issy-les-Moulineux : Elvissier Masson.

Richard D., & Lauterbach D. (2007). *Handbook of exposure therapies*. Burlington: Academic Press.

Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy : Setting a course for behavioral treatment. Dans Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. (Eds), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York : The Guilford Press.

# Nos formations à venir

Cliquez ici  
pour programmation  
complète

Suite au franc succès de l'an dernier, nous avons le plaisir de recevoir à nouveau les D<sup>res</sup> **Isabelle Rose**, Ph.D., psychologue, et **Pascale St-Amand**, Ph.D., psychologue, qui nous présenteront *La thérapie d'acceptation et d'engagement appliquée aux enfants et aux adolescents*, la première formation offerte au Québec dans l'application de L'ACT aux enfants et adolescents. À Gatineau le **29 avril** et à Trois-Rivières le **25 novembre**.

Afin de mieux connaître les options pharmacologiques dans le traitement de la dépression de même que leurs avantages et inconvénients, Dr **Jean Goulet**, MD, psychiatre, donne une conférence de 3 hrs sur *Le traitement pharmacologique de la dépression : étape par étape*. À Montréal le **4 mars**.

C'est avec plaisir que Dre **Caroline Berthiaume**, Ph.D, psychologue, est de retour avec le dynamisme qu'on lui connaît pour nous proposer une formation de 12 hrs sur *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents*. À Québec les **21-22 avril**.

La thérapie cognitive comportementale (TCC) est efficace pour traiter les troubles d'anxiété. Mais parfois les interventions ne se déroulent pas comme on le lit dans les manuels et les articles. Le Dr **Stéphane Bouchard**, Ph.D., psychologue, offre une formation de 12 hrs sur *Thérapie cognitive comportementale des troubles d'anxiété avec les cas difficiles*. À Montréal les **26-27 novembre** et à Québec les **13-14 avril**.

Afin de vous familiariser avec l'ACT, la formation *Intégrer la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans sa pratique cognitivo-comportementale* vous sera présentée par Dr **Frédéric Dionne**, Ph.D., psychologue, à Gatineau le **28 avril** et à Sherbrooke le **10 juin**.

Les applications de la réalité virtuelle en thérapie cognitive comportementale (TCC) ont évolué beaucoup depuis 15 ans. Dr **Stéphane Bouchard**, l'expert sur ce sujet au Québec, offre la formation *Application clinique de la réalité virtuelle pour les troubles d'anxiété complexes et le jeu pathologique*. À Québec le **15 avril**.

Dr **Olivier Pelletier**, Ph.D, psychologue, offre plusieurs stratégies pour augmenter la motivation chez les clients plus réfractaires (petits groupes de 30 personnes): *Journée d'introduction à l'approche motivationnelle: Comment susciter la motivation chez nos clients?* À Sherbrooke le 1<sup>er</sup> février, à Montréal le **21 mars** et à Québec le **18 avril**.

# Nos formations à venir

## Supervision

**Visitez** notre service d'appariement superviseur-supervisé afin de trouver un superviseur qui correspond à vos besoins.

## Formation au travail

Nous offrons de la formation directement dans vos milieux de travail. Pour plus d'informations, **cliquez sur ce lien**.

## Rabais

Obtenez un rabais allant de 10% à 15% en vous inscrivant simultanément à 3 formations et plus.

## Du nouveau cette année.

### Nous offrons des formations en ligne :

Dr **Frédéric Dionne**, Ph.D., psychologue, présente *Apprendre à vivre avec la douleur chronique grâce à l'acceptation et la pleine conscience* (5 hrs). **Visionner un extrait**

Dr **Jean Goulet**, MD, offre 3 formations en ligne:

- 1) *DSM-5 : Bien l'utiliser tout en limitant les effets secondaires* (6 hrs).
- 2) *Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie: Comment procéder, étape par étape* (3 hrs). **Visionner un extrait**
- 3) *Thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie : Comment procéder, étape par étape* (3 hrs)

## Invités de renommée internationale:

Nous sommes fiers de recevoir comme invité international cette année, le Dr **Leslie Greenberg**, Ph.D., psychologue pour 2 formations. Il nous présentera tout d'abord le **12 mai** *Emotion-focused therapy: The transforming power of affect* puis le **13 mai** *Forgiveness and letting go*. Les formations se tiendront à Montréal et seront en Anglais avec traduction simultanée.

Nous avons aussi le grand plaisir d'accueillir un autre invité de renommée internationale, le Dr **Barry Duncan**, Ph.D., psychologue, qui viendra nous présenter *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* à Québec le **3 juin**.