

LE JOURNAL DE L'IFTCC

Vol. 1, No. 3 (Août 2016)



Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive



Mot du rédacteur

C'est avec plaisir que nous vous présentons la 3^{ième} Édition du JIFTCC pour l'année 2016-2017! Encore une fois, cette édition porte particulièrement sur la thérapie ACT et la thérapie des schémas. Dans son article sur la conceptualisation de cas, Michel Giroux, psychologue, nous propose à nouveau plusieurs outils concrets pour approfondir la thérapie des schémas. Dans *Le coin techno*, le psychologue Michel Roberge offre au thérapeute une panoplie de moyens afin de s'initier ou d'approfondir sa pratique méditative sur le Web. Pourquoi reproduire des choix amoureux malheureux? Voici la question à laquelle Pierre Cousineau, psychologue, tentera de répondre. Enfin, Francis Lemay, psychologue, nous offre la seconde partie de sa chronique sur comment mener le désespoir créatif en clinique.

Je vous souhaite une bonne lecture!

Frédérick 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 : Kayrne Bettencourt, Pierre Cousineau, Michel Giroux, Francis Lemay, Michel Roberge

Table des matières

Coffre à outils du clinicien **3**

Coin techno **7**

Thérapie des schémas **11**

Une question au Maître clinicien **18**

Formations à venir **21**



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). 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)

Lors du dernier numéro (JIFTCC, num. 1, vol. 2), nous avons exploré le concept de désespoir créatif, son utilité en clinique et certaines manières de travailler cette notion avec le client, dès les premières rencontres en psychothérapie. Cette capsule clinique propose de présenter une manière de résumer une intervention de désespoir créatif, ainsi que des pièges souvent rencontrés par des intervenants qui l'utilisent.

Introduction

La conversation découlant des quatre questions-clé du désespoir créatif peut être dure et confrontante pour le client : il en vient forcément à réaliser qu'il a dépensé du temps, de l'énergie (et bien d'autres choses, dans la plupart des cas) de façon relativement peu utile et pendant très longtemps. Il peut être important ici d'illustrer clairement, à l'aide d'une métaphore, l'universalité de sa réaction : ce n'est pas le client qui est en défaut, ou « brisé », ou stupide ; c'est plutôt notre tendance, très humaine, à appliquer maladroitement au monde interne ce qui fonctionne pourtant si bien dans le monde externe : le contrôle.

Un exemple de métaphore classique à présenter est celle du polygraphe : demandez au client comment il réagirait si vous pointiez un fusil en direction de sa tête et lui demandiez de passer le balai sur votre plancher en échange de sa vie. Il va probablement répondre qu'il passerait le balai ; rappelez-lui qu'il sauverait ainsi sa vie. Ensuite, demandez-lui comment il réagirait, connecté à un polygraphe qui peut évaluer son niveau d'anxiété, à ce que vous lui pointiez un fusil sur la tempe et exigiez qu'il ne ressente aucune anxiété (pas une miette!), sans quoi il se prend une balle dans la tête. Il risque de vous répondre que ça finirait plutôt mal pour lui. Et c'est normal : sa tête lui dit toutefois, jour après jour, qu'il doit, qu'il peut ou qu'il devrait être capable de « faire diminuer » son anxiété. Le contrôle fonctionne bien dans le monde réel (passer le balai), et on a tendance à assumer que ça fonctionne dans le monde interne (avec les pensées et les émotions).

L'exercice classique du chameau (ou de l'éléphant rose, ou de l'ours blanc...) peut aussi bien illustrer la même réalité, avec les pensées, cette fois. La métaphore de l'homme dans le trou, avec la pelle, permet également de bien résumer le processus de désespoir créatif. Ils sont généralement bien expliqués dans la plupart des ouvrages classiques sur l'ACT destinés aux thérapeutes (Luoma, Hayes, & Walser, 2007 ; Stoddard & Afari, 2014).

Chez certains clients, il peut être nécessaire de prendre une séance entière, parfois même quelques séances, afin de bien transmettre au client l'idée de désespoir créatif. Parfois, il peut être important de revenir sur ce thème à quelques reprises au cours de la thérapie, lorsqu'on voit remonter à la surface la tendance du client à vouloir contrôler. À l'opposé, dans certains cas, et souvent chez les plus jeunes clients ou ceux qui achètent rapidement la notion d'acceptation, une courte psychoéducation est parfois tout ce qui est requis.

Erreurs fréquentes

Comme mentionné dans le précédent article, le désespoir créatif est l'un des concepts le moins bien compris, le moins bien appliqué et le plus boudé par les cliniciens pratiquant l'ACT. Voici donc une liste des pièges les plus fréquemment rencontrés par les superviseurs dans l'utilisation du désespoir créatif (Westrup, 2014) :

Abandonner vers la fin : la tendance, chez le thérapeute, à tenter de « ménager » le client. Cela se produit lorsque le client semble très découragé ou demande d'être rassuré. Un réflexe fréquent est de répondre, par exemple : tout va bien aller, il y a de l'espoir, la solution découle de la thérapie que nous allons entreprendre. Ce type d'interaction entretient malheureusement l'agenda de contrôle, en laissant sous-entendre au client qu'il n'est pas capable de tolérer ses émotions, et que votre rôle est de l'aider à les supprimer. Ici, pour le thérapeute, il est préférable de tenir le coup et de résister à sa propre tendance à l'évitement expérientiel. L'agenda de contrôle est sans espoir et la souffrance revient toujours, tôt ou tard. C'est seulement en prenant pleinement conscience de cette réalité que le client devient entièrement disposé à l'acceptation et au changement.

S'excuser : Dans le même ordre d'idées, un thérapeute peut se sentir mal de « blesser » le client ou anticiper qu'il va être fâché/blessé, en travaillant le désespoir créatif. Souvent, cette attitude est plus évidente dans le ton que dans les paroles. Il peut toutefois être dommageable à l'intervention, pour les mêmes raisons que celles présentées au paragraphe précédent. Prenez note, cependant, qu'il est tout à fait acceptable et même encouragé de démontrer beaucoup de compassion aux clients en travaillant le désespoir créatif.

Tenter de persuader, s'obstiner avec le client, argumenter rationnellement sur la validité de ce qu'on tente d'avancer (c'est-à-dire, que l'agenda de contrôle est une promesse de politicien) : Cela peut se produire lorsque le client « n'achète pas » le modèle présenté et qu'il argumente en faveur de l'agenda de contrôle. Malheureusement, argumenter risque de ne pas vous aider et plutôt de pousser le client vers la porte de sortie de votre bureau, de façon définitive. Il est généralement plus payant de sortir des explications rationnelles, pour plutôt pointer vers l'expérience concrète du client. Présentez-lui une alternative (soit la volonté de vivre les émotions, de s'ouvrir à elles avec curiosité ; une vie axée sur les valeurs) à ce qu'il vit présentement, si et seulement s'il décide de faire ce choix, par lui-même.

Malgré tout, pour certains clients, l'agenda de contrôle, à un moment de leur cheminement personnel, peut être encore relativement fonctionnel, ou fortement perçu comme tel. Il peut être bénéfique, pour maintenir votre relation avec lui, de ne pas vous « obstiner » pendant des séances entières pour faire passer une pilule qui leur semble présentement inacceptable. Vous pourrez y revenir éventuellement (sauter sur l'opportunité), quand le client vous amènera un exemple récent, vécu de façon expérientielle, et qui ouvre toute grande la porte au processus de désespoir créatif.

Se concentrer sur le mérite (ou le démérite) de chaque stratégie, au risque de devenir bloqué, en tant que thérapeute : Par exemple, un client peut vous dire qu'il court dehors pour se dé-stresser et n'y perçoit aucun désavantage. Il peut valoir la peine d'investiguer quelque peu, sur le long terme, si la rigidité potentielle de ce comportement comporte des inconvénients. Si ce n'est pas le cas, tant mieux! Ne vous épuisez pas à tenter de miner une stratégie, même si vous percevez, avec le recul que votre rôle vous permet de voir, qu'elle s'avère néfaste. Concentrez-vous plutôt sur le processus en général : l'idée problématique selon laquelle il ne faut pas se sentir mal ; que si l'on éprouve des expériences internes désagréables, quelque chose de mauvais est forcément en train de nous arriver. Il y a vraisemblablement d'autres stratégies de lutte qui sont problématiques, et le constat général sur leur efficacité risque de vous amener à la conclusion cherchée.

Ne pas le faire : Le client qui a « atteint le fond du baril » peut déjà sembler très ouvert à abandonner l'agenda de contrôle, dès la première séance. Il peut toutefois être payant de tout de même évaluer sa croyance en la possibilité d'être « réparé » par une technique alternative, qu'il ne connaît pas déjà, dans le cadre de la thérapie proposée. À d'autres moments, certains clients débutent la thérapie en étant clairement très ouverts à l'acceptation. Le désespoir créatif peut ne pas être nécessaire avec eux. N'enfoncez pas inutilement le clou ; faites preuve de flexibilité.

Que faire avec le client qui se dit déjà fort désespéré? La tendance du thérapeute peut être de se dire que le client est déjà bien amplement désespéré dans son état actuel, et donc, ne pas vouloir le « renfoncer » davantage. Attention, se convaincre de son désespoir, avoir des croyances du style « je vais cesser d'accorder de l'importance à tout pour me détacher », peut représenter une stratégie d'évitement expérientiel, de contrôle des émotions. Une stratégie qui s'avère souvent être extrêmement coûteuse. Le désespoir créatif prend ici une grande importance, bien qu'il puisse être fort confrontant pour le thérapeute, chez ce type de client.

Quel est le bon « timing » pour faire ce type de travail?

La plupart du temps, tôt en thérapie. On recommande généralement d'enclencher le processus de désespoir créatif au cours des premières rencontres. Toutefois, l'approche ACT est très flexible et, selon l'opinion du clinicien au sujet du client, le processus de désespoir créatif peut être introduit à n'importe quel moment du traitement. Qui plus est, comme mentionné précédemment, il peut être nécessaire avec certains clients qui sont déjà fort investis dans l'agenda de contrôle, de revenir sur ce concept à quelques reprises, plus tard dans la thérapie.

Existe-t-il des contre-indications à l'utilisation du désespoir créatif?

Ceci étant dit, certains clients peuvent mal réagir à ce processus. Par exemple, un client extrêmement évitant, pour qui c'est difficile de même soutenir le regard du thérapeute, pourrait décider de ne pas revenir après une séance centrée sur le désespoir créatif. Un individu qui vient consulter pour un deuil récent d'un proche pourrait avoir davantage besoin d'écoute, d'empathie et de compassion que de désespoir créatif, à tout le moins, lors des premières rencontres. Il demeure essentiel, pour tout clinicien, de se baser sur son jugement clinique et son propre ressenti pour déterminer avec qui appliquer certaines stratégies, ainsi qu'à quel moment le faire.

Références

- 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.
- Stoddard, J., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors : A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland : New Harbinger Publications.
- Westrup, D. (2014). *Advanced Acceptance and Commitment Therapy : The Experienced Practitioner's Guide to Optimizing Delivery*. Oakland: New Harbinger Publications.



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.

Pour le thérapeute qui veut s'initier ou approfondir sa pratique méditative

Cette chronique est la seconde d'une série de trois sur la méditation ou la pleine conscience en thérapie cognitivo-comportementale. La première chronique avait présenté des applications pouvant aider le client et le thérapeute à s'initier, à pratiquer et approfondir la méditation (voir JIFTCC, vol. 1, num. 2). Cette seconde chronique veut proposer au thérapeute divers moyens pour apprendre et approfondir davantage sa pratique méditative. Il existe de très nombreuses ressources pour parfaire sa formation et sa pratique. Sans être exhaustif, vous trouverez dans ce texte trois catégories de perfectionnement : les formations assistées (cours, instructeurs, superviseurs...), les livres (souvent avec CD) et les sites web spécialisés.

Des formations assistées. Plusieurs formations sont disponibles, dont plusieurs par l'IFTCC¹ (Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive). Ainsi, cet été, l'IFTCC a offert deux formations intensives pour les formateurs au Centre de villégiature Jouvence. Un premier séjour avec le professeur Pierre Philippot, Ph.D. (du 6 au 10 juillet) et un deuxième avec la Dre Sandrine Deplus, Ph.D., qui se spécialise chez l'enfant (13 au 17 juillet). D'autre part, le catalogue des activités de formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec offre régulièrement diverses activités de formation sur la pleine conscience². De plus, certains thérapeutes offrent de la supervision et du mentorat sur cette pratique.

1 <http://www.iftcc.com>

2 <https://www3.ordrepsy.qc.ca/fr/formation-continue/catalogue/index.sn> inscrire « Pleine conscience » dans le titre de la formation, par exemple.

D'autre part, dans certaines régions, on retrouve des centres de méditation qui permettent des séances de méditation en groupe et l'échange sur l'expérience méditative. Ces centres ont souvent une approche plus ou moins prononcée de bouddhisme (« la moins religieuse des religions » selon certains).

Dans certains pays, des universités offrent des cours de méditation et des certifications, par ex., l'University of Massachusetts medical School¹, l'UCLA Mindfulness Awareness Research Center² et l'Université Catholique de Louvain³. Au Québec, le professeur Simon Grégoire, Ph.D., de l'UQÀM offre un séminaire intitulé La présence attentive : fondement et applications. Ce cours s'offre durant les week-ends des sessions de l'automne et de l'été et s'adresse aux étudiants des cycles supérieurs⁴. Le professeur Frédérick Dionne, Ph.D., à l'UQTR et également Directeur de l'IFTCC, offre un cours en ligne nommé Les psychothérapies cognitivo-comportementales fondées sur l'acceptation et la pleine conscience (PLC-6109) aux sessions d'été (mai)⁵. L'Université de Montréal propose une série de 12 ateliers de pleine conscience, encore disponibles en vidéo⁶ et animées par le Dr Hugues Cormier, professeur au département de psychiatrie. Également, à l'Université Laval, le Bureau de vie étudiante offre à chaque session, une série de séances de méditation ainsi que des ressources en ligne⁷. Il y a probablement d'autres initiatives au Québec ; plusieurs professeurs intègrent maintenant des enseignements sur les approches fondées sur la méditation dans leur cours. Pour ma part, je souhaiterais que des cours spécialisés et diplômes universitaires soient davantage offerts au Québec.

Des livres et leurs CD. Ils sont très nombreux à présenter la méditation. Le thérapeute appréciera d'y retrouver de bonnes descriptions des approches méditatives, des conseils et consignes ainsi que les programmes MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) et MBSR (Mindfulness-based Stress reduction)⁸. Certains livres incluent un CD de méditations ou des liens Web vers des fichiers PDF, audios ou vidéos. Le thérapeute disposera ainsi d'un ample matériel à intégrer à sa pratique personnelle et professionnelle.

Par exemple, citons les titres renommés d'Au cœur de la tourmente, la pleine conscience de Jon Kabat-Zinn (2009), Mindfulness-based cognitive therapy for depression, second edition (2013, avec CD), The mindful way workbook (2014, avec CD) et Méditer pour ne plus déprimer (2010, avec CD français), ces trois derniers par Segal, Teasdale et Williams ⁹. Il y a également The mindfulness solution (2010) par Siegel¹⁰ ainsi que Sitting together (2014)¹¹ de Pollak, Pedulla et Siegel.

Sans CD, il y a aussi deux superbes petites introductions axées sur la pratique : L'Apprentissage de la méditation de Salzberg (2013) et Le miracle de la pleine conscience du moine Thich Nhat Hanh (1974). Deux autres volumes que j'apprécie particulièrement sont Trois amis en quête de sagesse (2016) de Christophe André (psychiatre), Alexandre Jollien (philosophe) et Matthieu Ricard (moine) ainsi que The Mindfulness Toolbox de Donald Altman avec ses scripts pour enseigner divers éléments de méditation (en format livre ou Kindle).

1 <http://www.umassmed.edu/cfm/>

2 <http://marc.ucla.edu/default.cfm>

3 <http://www.uclouvain.be/461099>

4 http://gite.labunix.uqam.ca/gripa/wordpress/?page_id=1453

5 https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/couw001?owa_sigle=pcl6109

6 <http://medecine.umontreal.ca/communaute/les-etudiants/bureau-des-affaires-etudiantes-vie-facultaire-et-equilibre-de-vie/essence/>

7 <https://www.bve.ulaval.ca/vie-spirituelle/pratiques-religieuses-et-spirituelles-sur-le-campus/associations-etudiantes-et-activites-du-bve/> et <https://www2.ulaval.ca/mon-equilibre-ul/unite-mobile/la-pleine-conscience.html>

8 Pour la comparaison entre ces programmes, voir par exemple <http://mindfulnessforwellbeing.co.uk/mindfulness-brighton-mbct-for-reducing-stress-depression-and-anxiety/what-is-the-difference-between-mbct-and-mbsr>

9 <http://mbct.com>

10 Voir aussi : <http://www.mindfulness-solution.com/DownloadMeditations.html>

11 Voir aussi : <http://www.sittingtogether.com/meditations.php>

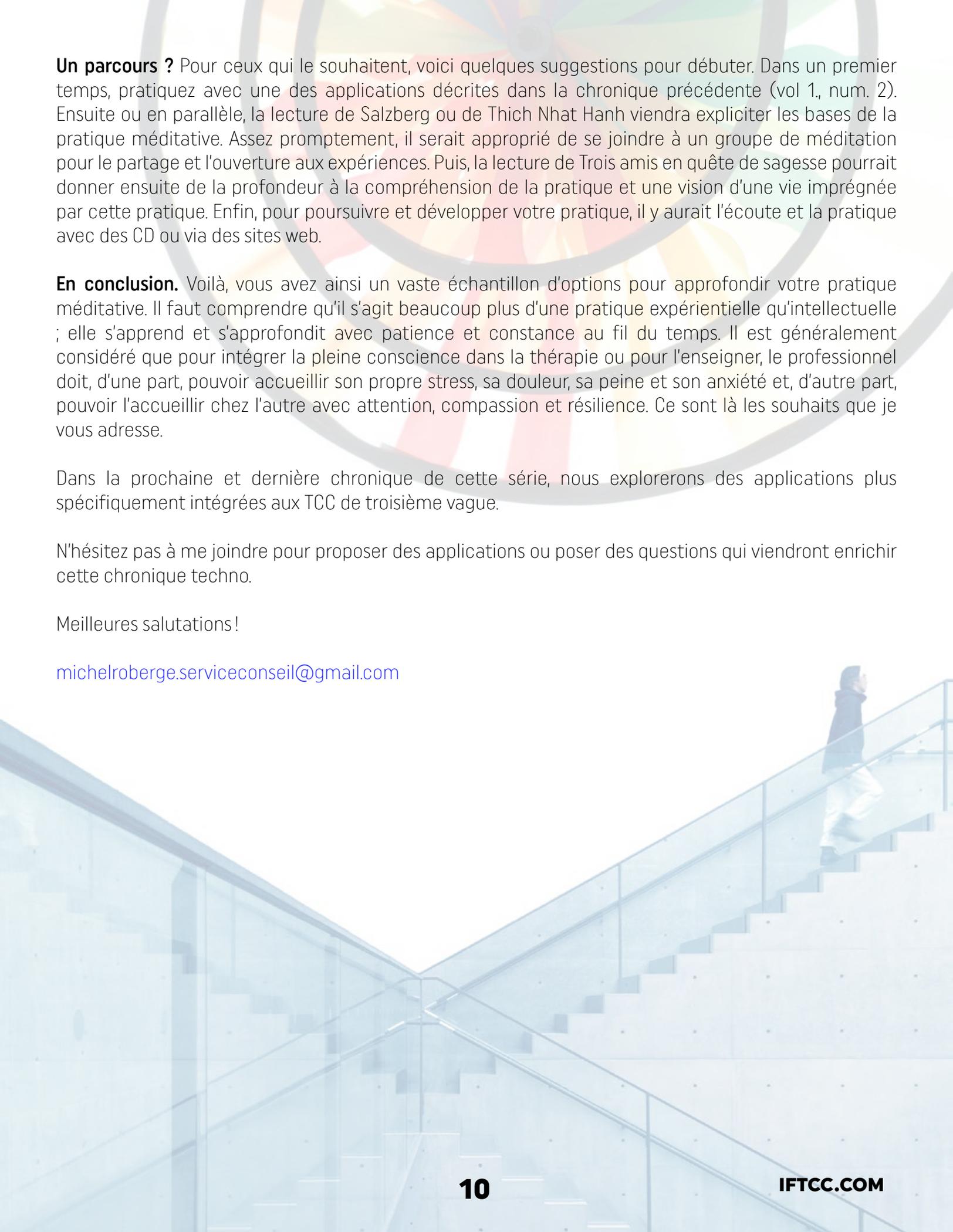
Des sites Web. Enfin, pour le psychothérapeute plus curieux, il y a plusieurs sites Web qui sont des portails vers plus d'informations, de ressources et des liens vers d'autres sites ou ressources, dont des fichiers PDF, audios ou vidéos de méditation. Ils sont très nombreux; en voici une sélection :

Sites WEB en français :

- Le Site francophone sur la Pleine-Conscience en psychothérapie du professeur belge Pierre Philippot qui propose nombre d'informations et de ressources, dont notamment un onglet avec des fichiers PDF et MP3 : <http://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php>
- Un autre site belge, ACT on life, offre entre autres, un ensemble de méditations guidées telles que la pleine conscience de la respiration, le balayage corporel, ainsi que des méditations de compassion, etc. <http://www.act-on-life.be/matériel-exercices-de-pleine-consciencemindfulness-thérapie-dacceptation-et-dengagementacceptance-an.html>
- Le site de PasseportSanté.net vise la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de la maladie. Il présente notamment une page de fichiers audio avec des exercices de méditation, d'étirement et autres : <http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>
- Le site Pleine conscience & psychothérapie en Provence-Alpe-Côte-d'Azur est créé par des psychologues de ces régions. L'onglet Pleine conscience offre de nombreuses ressources : questions-réponses, des vidéos, une bibliographie et des fichiers audios de diverses méditations telles que la respiration, marche, sensation, balayage corporel, 3-minutes, des clochettes, etc. : <http://www.pleineconscience-paca.com/la-pleine-conscience/téléchargements/>
- Le site québécois Liberezvousdeladouleur.com offre diverses méditations classiques gratuites téléchargeables.

Sites WEB en anglais :

- Sous forme d'une baladodiffusion (podcast), le Mindful Awareness Research Center de UCLA (University of California, Los Angeles) offre un fichier de méditation guidée tous les jeudis sur des thématiques différentes : <http://marc.ucla.edu/body.cfm?id=107>
- Une autre forme de méditation est celle de la compassion et de l'auto-compassion. Pour plus d'informations, vous pouvez googler, par exemple, Christopher Germer ou Kristin Neff. Leur Center for mindful self-compassion présente un large éventail de ressources, dont des fichiers audios sur l'amour bienveillant, les émotions difficiles, etc. <http://www.centerformsc.org/meditations> et <http://www.centerformsc.org/video->
- Sur son site Learn Mindfulness, le professeur de méditation, Sung Yang, offre de nombreuses ressources, des liens vers des articles, des livres, des organisations, d'autres sites, etc. <http://www.learnmindfulness.org>
- Le site Mindful est celui d'un magazine qui offre aussi plusieurs articles et vidéos. Il s'enrichit constamment. "We're the place to go for insight, information, and inspiration to help us all live more mindfully" : <http://www.mindful.org>
- Pour terminer, j'apprécie beaucoup Psychotherapy Networker qui publie une revue et présente un site Web d'intérêt pour les psychothérapeutes. De nombreux vidéos sont régulièrement offerts (à prix compétitifs) ; l'éditeur de la revue, Rich Simon, s'y entretient avec des experts et personnalités du monde de la psychothérapie, tels que Judith Beck, David Burns et d'autres. Certaines vidéos portent sur le mindfulness ou sur self-compassion qui sont expliqués et démontrés par Jon Kabat-Zinn, Donald Altman, Tim Desmond, Kristin Neff, Christopher K. Germer et d'autres. www.psychotherapynetworker.org



Un parcours ? Pour ceux qui le souhaitent, voici quelques suggestions pour débiter. Dans un premier temps, pratiquez avec une des applications décrites dans la chronique précédente (vol 1, num. 2). Ensuite ou en parallèle, la lecture de Salzberg ou de Thich Nhat Hanh viendra expliciter les bases de la pratique méditative. Assez promptement, il serait approprié de se joindre à un groupe de méditation pour le partage et l'ouverture aux expériences. Puis, la lecture de Trois amis en quête de sagesse pourrait donner ensuite de la profondeur à la compréhension de la pratique et une vision d'une vie imprégnée par cette pratique. Enfin, pour poursuivre et développer votre pratique, il y aurait l'écoute et la pratique avec des CD ou via des sites web.

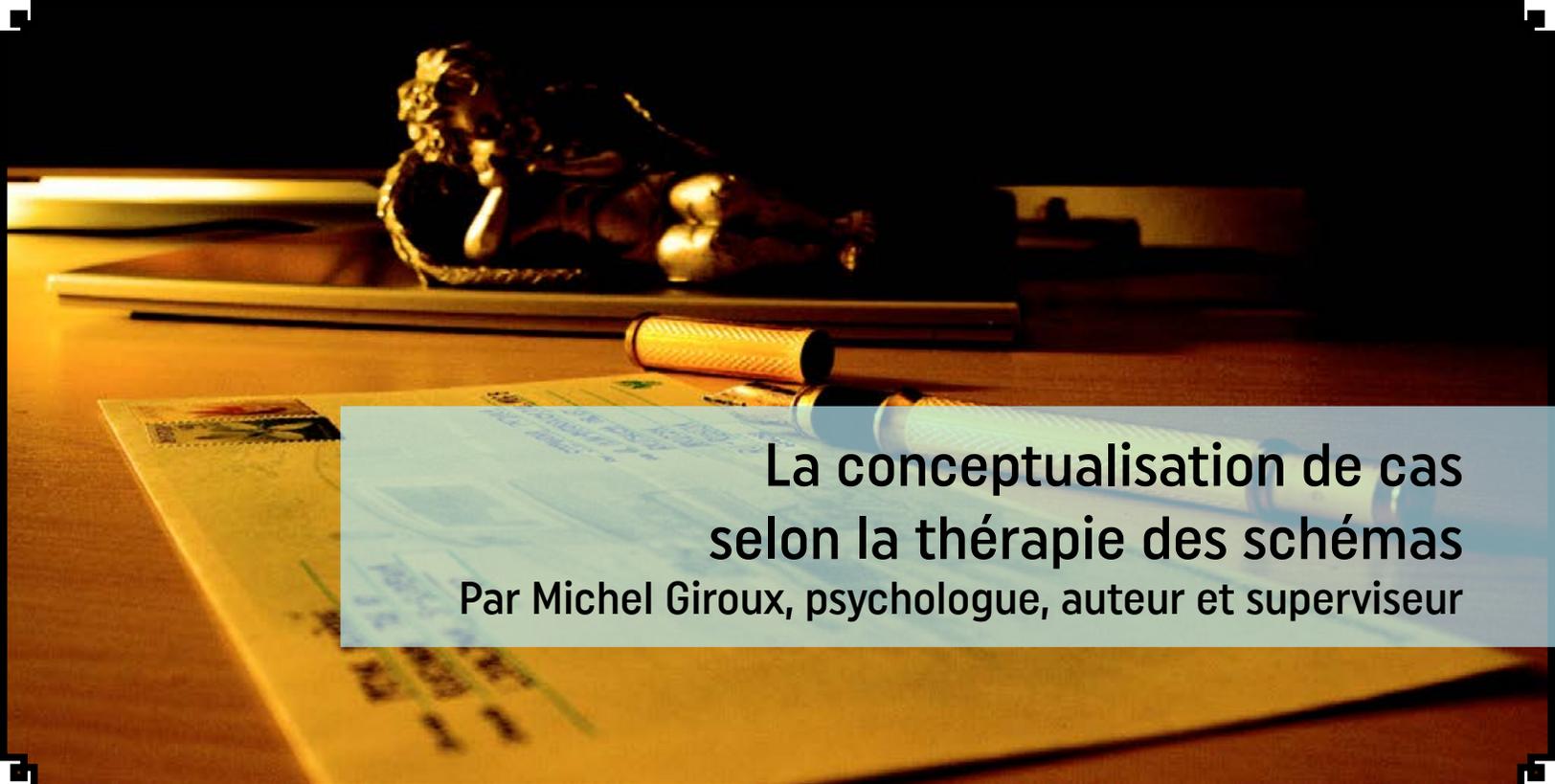
En conclusion. Voilà, vous avez ainsi un vaste échantillon d'options pour approfondir votre pratique méditative. Il faut comprendre qu'il s'agit beaucoup plus d'une pratique expérientielle qu'intellectuelle ; elle s'apprend et s'approfondit avec patience et constance au fil du temps. Il est généralement considéré que pour intégrer la pleine conscience dans la thérapie ou pour l'enseigner, le professionnel doit, d'une part, pouvoir accueillir son propre stress, sa douleur, sa peine et son anxiété et, d'autre part, pouvoir l'accueillir chez l'autre avec attention, compassion et résilience. Ce sont là les souhaits que je vous adresse.

Dans la prochaine et dernière chronique de cette série, nous explorerons des applications plus spécifiquement intégrées aux TCC de troisième vague.

N'hésitez pas à me joindre pour proposer des applications ou poser des questions qui viendront enrichir cette chronique techno.

Meilleures salutations !

michelroberge.serviceconseil@gmail.com



La conceptualisation de cas selon la thérapie des schémas

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

*« [...] lorsqu'il s'embarque en thérapie avec un client donné,
le voyage sera grandement facilité si le thérapeute se sert d'une carte.
Comme peut en témoigner chaque psychothérapeute,
il y a souvent risque de se perdre. »*
John Preston (2003).

*En thérapie des schémas,
cette carte s'esquisse au début de la thérapie,
elle s'enrichit et
elle prend vie tout au long
du processus thérapeutique;
le client et le thérapeute participent à sa réalisation.*

La conceptualisation de cas développée par la thérapie des schémas est très intéressante, sur le plan de la conception de la personnalité aussi bien qu'en raison de la récolte rigoureuse des données qui s'effectue au cours du processus d'évaluation clinique initial. Nous présenterons une carte intégrant les composantes des schémas et nous évoquerons le pas-à-pas rigoureux de sa construction, avant d'entreprendre le chemin complexe de la psychothérapie des personnes ayant un trouble de la personnalité ou une problématique complexe.

1. Les Schémas Précoces Inadaptés : un modèle de la personnalité

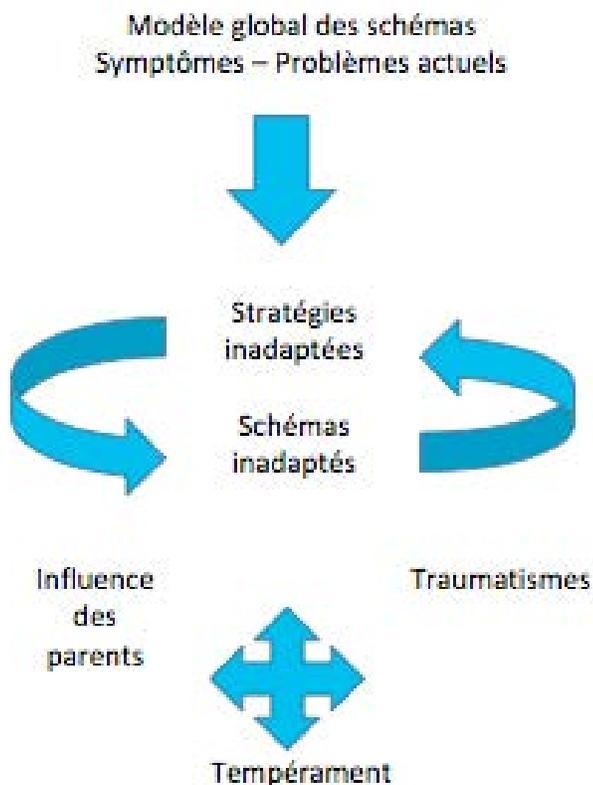
Le modèle de la personne véhiculé dans la thérapie des schémas fournit une compréhension globale de la personnalité, il constitue un outil clinique des plus performants. Il est pertinent de se rappeler les différentes composantes d'un schéma selon Young (Young et al., 2005).

Un schéma se définit par les composantes suivantes :

Il est un modèle ou un thème important et envahissant :

- a. constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles;
- b. concernant soi-même et ses relations avec les autres;
- c. constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence;
- d. enrichi tout au long de la vie de l'individu;
- e. dysfonctionnel de façon significative.

La figure suivante illustre le modèle global des schémas :



Cette figure inspirée du manuel de la thérapie des schémas de l'école néerlandaise (Vreeswijkm, Boroersen et Nardort, 2012) nous offre une synthèse globale de ce que la thérapie des schémas permet de comprendre de la personnalité. Le tempérament renvoie au fondement biopsychologique de la personnalité que nous portons déjà dans le monde intra-utérin. Il s'exprime dans les réactions du bébé : agité, bagarreur nocturne, dormeur, etc. La qualité des soins offerts par les parents pour satisfaire les besoins fondamentaux de l'enfant s'arrime sur le tempérament et elle structure les bases de la personnalité. Les événements traumatiques de l'enfance, qui s'observent dans un large spectre, vont de l'absence d'un parent toujours ivre à l'intrusion incestueuse et à la violence physique. Ils affectent la personnalité en devenir. Les schémas inadaptés constituent des thèmes récurrents qui entraînent la personne dans des scénarios malsains et qui lui causent une souffrance importante. Les comportements dysfonctionnels se rattachent aux stratégies inadaptées, qui sont des modalités pour éviter les émotions douloureuses. En résumé, le modèle de la personnalité des Schémas Précoces Inadaptés s'étend des comportements problématiques actuels aux racines du tempérament biopsychologique, en passant par la mise en forme de la personnalité sous les soins plus ou moins adéquats que les parents offrent pour répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant.

2. La carte du changement : un outil clinique

La carte du changement, sous la forme d'un formulaire, peut être téléchargée. Elle peut être utilisée et diffusée à volonté si les coordonnées de l'auteur sont conservées. Le formulaire permet de constituer une carte globale de la problématique du client, qui s'articule autour des composantes du schéma.

Thème (nom, définition, exemples)	Stratégie dysfonctionnelle (définition et réponses d'adaptation)	Défi pour le client Objectif – Plan de traitement
Thème : <input type="text"/> Exemples dans sa vie : <input type="text"/> Émotions (tristesse, peur, colère, honte, joie) : <input type="text"/>	Évitement (fuir) : <input type="text"/> Soumission (se soumettre/céder) : <input type="text"/> Compensation (contre-attaquer/compenser) : <input type="text"/>	1. <input type="text"/>
Histoire familiale et personnelle (mère / père / besoins / imagerie / événements significatifs) : <input type="text"/>		Chimie relationnelle (attraction amoureuse) : <input type="text"/>

Date : Psychologue :

michelinepsychologue@2014

Cette carte brosse une vision globale de la problématique du client. Elle devient l'objet d'une discussion entre le client et le thérapeute et elle jette les bases de la démarche thérapeutique.

La carte globale comprend les sous-cartes suivantes :

1. **La carte des schémas et des émotions fondamentales** : elle est le cœur des données, elle se construit à partir de l'ensemble de l'information accumulée sur les schémas. L'analyse et l'exploration du Questionnaire des schémas est la source privilégiée. La carte comprend le nom du schéma, sa définition et des exemples tirés de la vie pour mettre de la chair autour de l'os. Elle comprend également les émotions fondamentales ou les modes des schémas. Le Questionnaire des modes peut aussi être utilisé.
2. **La carte de l'histoire familiale et des besoins fondamentaux** : elle se construit entre autres en fonction du Questionnaire des attitudes parentales. Les schémas étant regroupés par domaines, ils renvoient à des besoins fondamentaux plus ou moins satisfaits au cours de l'enfance. Les souvenirs de la vie familiale glanés dans l'histoire du client et l'exploration des schémas des parents donnent de la solidité et la consistance à cette section.
3. **La carte des stratégies dysfonctionnelles et les réponses adaptatives** : elle définit les stratégies inadaptées de base du client, par exemple fuir, céder et contre-attaquer, et elle les précise sous la forme de comportements spécifiques. Pour enrichir nos données, nous pouvons nous inspirer de la liste des attitudes d'évitement et de compensation réalisée par Young.

4. **La carte de la chimie relationnelle** : elle concerne les relations que l'on a tendance à reproduire, en fonction des schémas, au moment de choisir un partenaire amoureux et dans l'ensemble des relations, y compris celle qui s'amorce avec le thérapeute. Dans le livre *Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous pensez* (Young et Koslo, 2013), chaque schéma comprend une liste des caractéristiques de cette chimie relationnelle.

5. **La carte du changement** : j'ai choisi le nom de cette carte à partir de son orientation, soit le changement. Chaque schéma requiert des moyens spécifiques pour être vaincu, et la connaissance approfondie des antidotes au schéma permet de baliser le changement d'une manière appropriée et progressive. Il s'agit d'un plan de traitement qui guidera le travail thérapeutique.

La carte du changement nous permet de nous représenter les liens qu'entretiennent les composantes du schéma les unes avec les autres. Un schéma est un thème stable qui conduit à des scénarios auto-destructeurs récurrents. Le schéma a des composantes affectives, cognitives, mnésiques, sensorielles, il s'enracine dans une histoire développementale dans laquelle les prenants soins jouent un rôle privilégié au regard des besoins fondamentaux de l'enfant. Les stratégies dysfonctionnelles ne font pas partie des schémas, elles varient au cours du temps et des contextes, elles sont des disjoncteurs émotionnels. Les relations construites dans la famille d'origine influencent la chimie relationnelle recherchée. Les relations avec la famille d'origine et la chimie relationnelle sont au même niveau sur la carte. La carte du changement balise le pas-à-pas du plan de traitement qui permettra de vaincre le schéma.

3. Un exemple clinique : Martine Saint-Cœur et le Schéma Abnégation

L'exemple clinique fictif suivant illustre l'application concrète de la carte du changement. Mme Martine Saint-Cœur est dominée par le Schéma Abnégation, elle a tendance à prendre constamment et impulsivement soin d'autrui, au détriment de ses besoins. Elle manifeste à l'occasion une colère explosive lorsque son Mode Enfant Colérique se déclenche. Comme sa mère, elle reproduit ce Schéma Abnégation. Très tôt dans sa vie, elle a été « parentalisée ». Ses comportements varient selon le contexte : elle va éviter, se soumettre ou contre-attaquer. Ses choix relationnels étant guidés par son schéma, elle court prendre soin d'autrui tout en se négligeant elle-même. Par exemple, elle a donné une partie de l'argent de son loyer à une connaissance, pour l'aider, mais elle se retrouve elle-même à découvert à la fin du mois. Les objectifs et le plan de traitement se veulent un antidote. Il s'agira de nommer le schéma et de repérer les situations « gâchettes » qui l'activent automatiquement, d'évaluer les avantages et les inconvénients de ses décisions, d'établir et de ressentir un lien cognitif et émotionnel entre ses décisions actuelles et ses souvenirs d'enfance, de définir de nouvelles limites relationnelles, de prendre conscience des effets bénéfiques liés au fait de consacrer du temps à la satisfaction de ses besoins plutôt que de se gaspiller pour les autres, etc.

Carte du changement pour la ou le client
 Nom : **Marine Saint-Coeur**

<p align="center">Thème (nom, définition, exemples)</p> <p>Thème 1 : Schéma d'Abnégation Souci de combler les besoins des autres au détriment des siens propres pour épargner aux autres la douleur, pour éviter de se sentir égoïste, pour augmenter son estime de soi ou pour maintenir un lien affectif. Hypersensibilité aux souffrances des autres. Attention, la patiente peut éprouver le sentiment que ses propres besoins ne sont jamais satisfaits et développer du ressentiment envers ceux dont elle s'occupe.</p>	<p align="center">Stratégie dysfonctionnelle (définition et réponses d'adaptation)</p> <p>Évitement (fuir) : J'évite toutes les situations où je pourrais recevoir un cadeau pour ne pas me sentir redevable ou mal à l'aise. Je fuis les conflits avec mon conjoint, même s'il ne tient pas compte de mes besoins.</p> <p>Soumission (se soumettre/céder) : Je donne beaucoup aux autres et je ne demande jamais rien en retour. Je fais toujours de mon mieux pour aider mes enfants et mes parents. Mon estime de moi est faible. Je suis toujours épuisée.</p>	<p align="center">Défi pour la ou le client</p> <p>Objectif – Plan de traitement</p> <ol style="list-style-type: none"> Aider la cliente à définir son schéma et à trouver des exemples dans sa vie pour bien le reconnaître. Établir une liste des avantages et des inconvénients de sa générosité. Écrire une lettre à sa mère, qui aurait dû mieux établir les limites et ne pas en exiger autant de sa fille. Faire remonter de son enfance les souvenirs affectifs relatifs à sa mère. Établir de nouvelles limites dans le contexte familial : enfants, conjoint et parents. Faire la liste de ce qu'elle pourrait faire si elle gardait plus de temps pour elle. Se donner une activité personnelle de loisir à réaliser sans faute cette semaine.
<p>Exemples dans sa vie : Je prends toujours soin de mes enfants, au point de m'épuiser. Mon conjoint est exigeant, je suis toujours au-devant, mais il reconnaît peu mes besoins. Je me sens souvent en colère, mais impuissante. Je prends soin de mes parents tous les jours et je ne refuse jamais une demande de leur part.</p> <p>Émotions (tristesse, peur, colère, honte, joie, confiance, amour) : Colère silencieuse contre mon conjoint lorsqu'il ne répond pas à mes besoins. Culpabilité.</p>	<p>Compensation (contre-attaquer/compenser) : Lorsque je trouve que je ne reçois assez pas en retour, je deviens en colère et je boude. Je peux ignorer la personne.</p>	<p>Chimie relationnelle (attraction amoureuse) : J'ai choisi un partenaire dominant qui s'attend à ce que je fasse tout pour lui. Il se met en colère si je ne réponds pas à tous ses caprices.</p>
<p>Histoire familiale et personnelle (mère / père / besoins / événements significatifs) : Sa mère s'est toujours sacrifiée pour sa famille. Elle travaille toujours pour les siens et ne se repose jamais. Elle n'a jamais eu de loisirs. Elle a pris soin de son père malade, même s'il n'est jamais reconnaissant et qu'il est très exigeant. Sa mère est très souvent fatiguée et a des maux de tête récurrents, mais elle ne consulte ni son médecin ni une psychologue. Imagerie : A six ans, je vois ma mère très malade en train de laver le plancher. Je me sens terriblement coupable et je termine son travail.</p>		

Date :
 Psychologue :

© Marie Perle, psychologue, 2014

. Comment construire une carte du changement

« Au cours de la phase de diagnostic, le thérapeute utilise des méthodes cognitives, émotionnelles et comportementales, et il observe la relation thérapeutique. » (Young et al., 2005).

La conceptualisation du cas en thérapie des schémas s'étend sur plusieurs heures d'entrevue, elle fait appel à des outils cliniques variés : autobiographie, questionnaires, imagerie mentale et relation entre le client et le thérapeute. J'explique ici brièvement le processus, en étant conscient que chaque élément demanderait une présentation plus approfondie. Le tableau suivant présente, dans la première colonne, les rencontres et, dans la deuxième, les données qui serviront à conceptualiser le cas.

RENCONTRES	CONCEPTUALISATION DU CAS
Problèmes de la personne : formulaire de demande de consultation, entrevue initiale, liste des scénarios répétitifs, inventaire des événements traumatiques	Définir les problèmes actuels avec le client
Histoire de la personne : entrevue biographique ou questionnaire sur les scénarios de vie	Esquisser des liens entre les problèmes actuels du client, sa trajectoire de vie et les soins reçus de ses parents
Questionnaire des Schémas Précoces Inadaptés	Repérer, nommer et décrire les principaux schémas du client Exemplifier à partir de la vie du client Valider la perception qu'il a de lui-même
Questionnaire sur les attitudes parentales	Repérer, nommer et décrire les attitudes des parents du client Noter l'écart entre sa perception des schémas attribués aux parents et ses propres schémas
Imagerie diagnostique	Activer la charge émotionnelle du schéma comme donnée expérientielle pour le client et le psychologue
Relation thérapeutique	Intégrer les émotions ressenties par le psychologue face au client pendant les rencontres initiales
Inférence du tempérament : enquêter sur le style de bébé que le client a été pour inférer les fondements biopsychologiques de sa personnalité	Esquisser les fondements biopsychologiques probables de la personnalité du client
Conceptualisation du cas par une carte du changement et dialogue interactif avec le client au sujet de ses problèmes et de ses défis	En dialogue avec le client, proposer nos hypothèses cliniques, illustrer par une carte notre compréhension de ses difficultés et proposer des défis spécifiques pour modifier son schéma

Les entrevues initiales en thérapie des schémas sont l'occasion d'effectuer une récolte rigoureuse de données à partir d'outils cliniques diversifiés afin de les replacer dans leur globalité. Cette démarche évaluative brosse une carte du chemin à parcourir en psychothérapie. Nous partageons et discutons cette carte avec le client pour mieux l'accompagner dans son voyage qui lui permettra de vaincre ses schémas et de se donner une vie de meilleure qualité.

En conclusion, la conceptualisation de cas selon la thérapie des schémas vise à constituer une carte qui guide et balise nos interventions thérapeutiques afin de ne pas nous égarer sur le chemin complexe et sinueux de la psychothérapie. Cette carte permet de reconnaître les scénarios de vie dysfonctionnels, de comprendre leurs origines, d'activer la dimension émotionnelle et de préciser les stratégies inadaptées ainsi que les comportements problématiques à remettre en question, d'entrevoir les fondements biopsychologiques de la personnalité et de discuter avec le client avant d'entreprendre le difficile voyage lui permettant de vaincre ses schémas.

Au terme de cette démarche évaluative, nous aurons entre les mains les éléments suivants :

- la carte précise du processus de transformation, réalisée en dialogue avec le client;
- le tableau des schémas en jeu;
- l'information sur les déficits du parentage par rapport aux besoins fondamentaux;
- la définition des stratégies dysfonctionnelles à remettre en question;
- la description de la chimie relationnelle, y compris celle qui va se jouer avec le thérapeute;
- la définition de la destination, des étapes et des moyens pour guider le client sur le chemin de la satisfaction autonome de ses besoins.

Bibliographie

PRESTON, J. (2003). Manuel de psychothérapie intégrative : approches, objectifs et principes d'action, Paris, Dunod.

VREESWIJKM, M., J. BOROERSEN et M. NARDORT (2012). The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice, Chichester, Wiley-Blackwell.

YOUNG, J. E., et J. S. KLOSKO (2013). Je réinvente ma vie : vous valez mieux que vous pensez, Montréal, Éditions de l'Homme.

YOUNG, J. E., J. S. KLOSKO et M. E. WEISHAAR (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.

Lorsque je présente sur l'approche des schémas, un sujet a toujours intrigué et fasciné, de quelle façon les schémas influent-ils sur nos choix amoureux? Il est clair que l'intérêt dépasse alors une simple curiosité clinique ou scientifique et nous renvoie à cette mystérieuse attirance dont nous avons tous rêvé, et vécue à un moment ou l'autre. Cet énigmatique bouleversement de notre état subjectif a été chanté, romancé, scénarisé, filmé, etc.

Young, dans son livre *Je réinvente ma vie*, suggère de demeurer prudent face à une intensité amoureuse violente l'associant souvent à la réactivation d'un schéma précoce inadapté. Quelques exemples classiques de passions funestes : une personne avec un schéma Abandon attirée régulièrement par des partenaires pas vraiment disponibles, une personne avec un schéma Méfiance & Abus passant d'un partenaire violent à un autre, une personne avec un schéma Abnégation régulièrement attirée par des personnes avec un schéma Tout m'est dû.

Mon ami Jean-Pierre Marceau a une façon que je trouve très pertinente de poser le problème. Pourquoi ne pas simplement choisir un partenaire qui répondrait à nos besoins, apportant enfin la réponse tant attendue à un besoin psychologique fondamental, une relation réparatrice en quelque sorte? Certains y arrivent, mais plusieurs reproduisent à répétition le scénario destructeur que l'on appelle schéma.

Il n'est pas rare que des proches de ces personnes (et malheureusement quelques thérapeutes) en arrivent à éprouver une exaspération face à ces itérations. Nous voulons leur bien, leur soulignons comment ces choix s'avèrent néfastes, mais elles donnent l'impression de persister à courir après leur malheur.

Cela peut même conduire à une condamnation : « si tu tiens à ce point à continuer à souffrir, c'est du masochisme, etc. ». Vous connaissez déjà mon opinion sur la technique consistant à jeter un sort (mon texte sur le langage paru dans le vol 1, num. 2, du JIFTCC).

Alors quoi? Donner une explication des choix amoureux à partir du paradigme des schémas est intéressant en ce sens où elle favorise la mentalisation (« c'est ton schéma X qui te pousse à... »), mais elle ne m'a jamais été vraiment satisfaisante quant à préciser ce que la personne recherche (son attente). Au départ, une attirance amoureuse comporte toujours sa dose d'espoir (le système SEEKING de Panksepp) que quelque chose de bien va se passer cette fois-ci, même si le scénario se conclut finalement de la même façon.

Comme mon ami Jean-Pierre, je pense qu'il faut chercher à comprendre ce qui est recherché (souvent une réponse à un besoin fondamental d'attachement) même si ce qui est recherché finit inexorablement par prendre un chemin de traverse malheureux (fonction de protection reposant sur une hyper-vigilance à des signaux de danger).

Avant que cela devienne trop abstrait et trop lourd, je donne un exemple à partir d'une histoire fictive s'appuyant néanmoins sur plusieurs observations thérapeutiques de personnes présentant un schéma Abnégation.

Le cas de Xavier :

Le besoin d'attachement :

Ma mère n'est pas disponible, elle a déjà beaucoup de problèmes, elle est souvent dysphorique ou même déprimée. Ma seule possibilité d'attachement est de m'occuper d'elle.

Le problème, tel qu'il a été posé :

De par ma nature mammifère, j'aspire à ce qu'on s'attache à moi, qu'on me cajole, qu'on s'intéresse à ce que je vis, à ce qui m'arrive, à ce qu'on valide mon expérience. C'est ma seule façon de survivre et d'éventuellement donner du sens à ma vie.

Je ne le reçois pas. J'essaie donc de trouver une solution, mais la solution n'est pas dans mon pouvoir. Si je continue à chercher, cela occupera toute ma zone de mémoire de travail. Comme le problème est énorme, il ne me restera presque plus d'espace pour m'occuper d'autres problèmes. Ce serait une boucle sans fin, un déséquilibre permanent (Solms) .

Par ailleurs, je fais régulièrement l'expérience d'une forme de connexion lorsque je m'occupe de ma mère. J'y reçois alors une forme de validation : quand je m'occupe d'elle, j'ai une certaine importance à ses yeux – mais je ne peux l'associer à quelque chose d'intrinsèque à moi. Par ailleurs, cette connexion est quelque chose que je recherchais en urgence, devenir quelqu'un à ses yeux. Cependant, dès que je m'attends à un retour d'ascenseur, la connexion se coupe. Elle n'est plus là. Un autre problème à résoudre. La solution s'imposera d'elle-même, je dois rester totalement centré sur les besoins de ma mère. Cela deviendra mon sens d'existence; en fait le sens fondamental est mon besoin de connexion, mais il est maintenant fusionné à celui de m'occuper de l'autre. Plus tard, j'associerai l'épithète « égoïste » à cette appréhension de perte de connexion : quand je compte sur un retour d'ascenseur, la connexion se coupe.

Mais ma quête de connexion est maintenant imprégnée de mes automatismes (mémoire procédurale selon Solms). Exister dans le regard de l'autre est devenu une habitude procédurale, m'en occuper. Ma quête de connexion devient donc celle de trouver quelqu'un idéalisé (cette mère tant désirée, mais inaccessible) dont je peux m'occuper. Plus tard, cette superbe femme rencontrée ne pourrait s'intéresser à moi (rien d'intrinsèque à moi ne pourrait l'attirer), mais si elle est fragile, dans le besoin; je connais donc la façon de me connecter à elle, il suffit de m'en occuper. Elle ne pourrait s'intéresser à moi directement, je n'en ai jamais fait l'expérience et j'en ai conclu (avec mon langage) que c'est parce que je n'en étais pas digne (simple principe de cohérence à mon expérience); sinon, quelle autre explication possible à ce manque d'intérêt spontané pour moi?

Xavier ne recherche donc pas une personne dont il peut s'occuper. Il recherche une relation d'attachement, mais n'a jamais fait l'expérience d'un chemin direct à cette quête d'attachement. Il a par ailleurs développé des automatismes procéduraux lorsque son besoin d'attachement est activé, s'occuper de l'autre. Il emprunte donc le seul chemin qu'il connaît (on pourrait même en faire une analyse fonctionnelle de renforcements et de punitions). Et le seul chemin qu'il connaît le ramène inexorablement à un endroit si familier, et de surcroît cohérent à la théorie qu'il s'est en conséquence construite sur lui-même, je ne mérite pas mieux.

Un petit clin d'œil clinique en conclusion : être plus attentif à ce qui est fondamentalement recherché plutôt que sur les mauvaises habitudes apprises quant à la façon de le faire. On ne choisit pas d'arrêter de fumer, on souhaite plutôt vivre plus longtemps et en santé.

Bibliographie

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archeology of Mind : Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York : Norton.

Solms, M. *Compréhension fondée sur les écrits du neuro-psychanalyste*,

Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *Le cerveau et le monde interne*. Paris : PUF (2015)

Solms, M. (2015). *The Feeling Brain : Selected Papers on Neuropsychoanalysis*. London : Karnac Books.

Young, J.E. & Klosko, J.S. (1993). *Je réinvente ma vie*. Montréal: Éditions de l'Homme (1995, 2003).

Nos formations à venir

Cliquez ici
pour programmation
complète

La thérapie des schémas : de la théorie à la pratique

Montréal - 2016-10-27

Formateur(s): Pierre Cousineau, Ph.D.

La TCC « dans la vraie vie! » : de la conceptualisation au traitement de personnes présentant des problématiques multiples

Québec - 2016-11-03

Formateur(s): Dr Jean Goulet, MD, psychiatre

La thérapie des schémas : Modèle de base

Trois-Rivières - 2016-11-03

Formateur(s): Pierre Cousineau, Ph.D.

Thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique et de l'agoraphobie : Comment procéder, étape par étape

Québec - 2016-11-04

Formateur(s): Dr Jean Goulet, MD, psychiatre

Le traitement pharmacologique de la dépression : étape par étape

Québec - 2016-11-04

Formateur(s): Dr Jean Goulet, MD, psychiatre

La thérapie d'acceptation et d'engagement appliquée aux enfants et aux adolescents

Trois-Rivières - 2016-11-25

Formateur(s): Isabelle Rose, Ph.D Pascale St-Amand, Ph.D

Essentiels de l'intervention en format de groupe selon une approche cognitivo-comportementale

Montréal - 2016-11-25

Formateur(s): Dre Tina Montreuil, Ph.D

La supervision de la psychologie clinique

Québec - 2016-12-02

Formateur(s): Dr. Geneviève Belleville, Ph.D

La supervision de la psychologie clinique

Montréal - 2016-12-09

Formateur(s): Dr. Geneviève Belleville, Ph.D

Nos formations à venir

Conférencière internationale

Dre Michelle G. Craske, Ph.D.

Comment optimiser la thérapie d'exposition pour les troubles anxieux (Anglais)

Le 16 décembre 2016 à Montréal.



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)

En septembre 2016, deux nouvelles formations seront disponibles.

-La pleine conscience : théories, recherches et applications (Formateur : Dr Bassam Khoury, Ph.D. psychologue)

-Le traitement pharmacologique de la dépression : étape par étape (Formateur : Dr Jean Goulet, MD, psychiatre)

Supervision

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

Rabais

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