



LE JOURNAL DE L'IFTCC

Vol. 2, No. 1 (Janvier 2017)



Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive

Mot du rédacteur

Bonjour chère(s) lecteurs/lectrices,

Je vous souhaite une belle et heureuse année 2017! C'est avec plaisir que nous vous présentons le numéro 1 du Journal de l'IFTCC de la nouvelle année. Fidèle à nos habitudes, ce numéro porte sur la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)! Tout d'abord, nous vous proposons un entretien avec Matthieu Villatte sur le rôle des valeurs en psychothérapie. Le Dr Villatte donnera une formation à la fin du mois de janvier sur comment donner du sens et augmenter la motivation chez les clients avec la théorie des cadres relationnels. Ensuite, dans le *Coffre à outils du clinicien*, le psychologue Francis Lemay nous offre un modèle d'intervention auprès des endeuillés par suicide. Enfin, Dionne, Veillette et Martel abordent les 11 pièges les plus fréquents dans l'apprentissage de l'ACT.

Bonne lecture,

Frédéric Dionne, Ph.D.
Directeur IFTCC



Notre équipe

Rédacteur en chef : Frédéric Dionne

Mise en page et communications : François-Xavier Schmitz Lacroix

Équipe de rédaction : Frédéric Dionne, Francis Lemay, Marie-Eve Martel et Josée Veillette

Table des matières

Entretien avec Matthieu Villatte **3**

Coffre à outil du clinicien **5**

11 pièges les plus fréquents **10**

Formations à venir **14**

A close-up portrait of Dr. Matthieu Villatte, a bald man with a light beard, wearing a light blue t-shirt. He is looking directly at the camera with a neutral expression. The background is slightly blurred, showing a desk lamp and some indoor plants.

Entretien avec Matthieu Villatte, Ph.D.

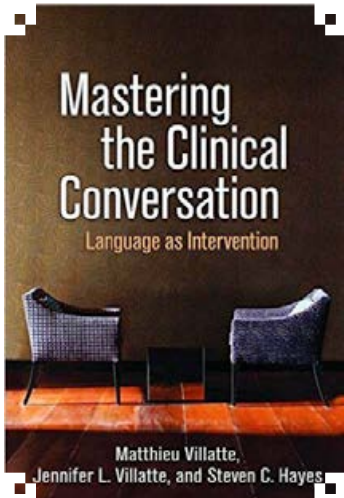
Nous sommes heureux d'accueillir à nouveau le Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychologue, auteur et formateur ACT. Matthieu est un formateur régulier et apprécié à l'IFTCC. Reconnu pour son talent de pédagogue et sa capacité à traduire des notions complexes dans un langage simple et accessible, il nous propose cette année un atelier qui porte sur les valeurs : Atelier Intensif Valeurs : Construire du sens et renforcer la motivation en thérapie avec l'ACT et la Théorie des cadres relationnels . En prévision à [cette formation](#) le **27-28 janvier** à Québec et le **2-3 février** à Montréal, nous nous sommes entretenus avec Matthieu.

En quoi consiste le travail sur les valeurs en psychothérapie?

Les valeurs, ce sont des sources de motivation et de satisfaction qui nous permettent de vivre de façon harmonieuse. Toutes nos actions sont motivées par une forme de satisfaction, que ce soit pour ressentir du plaisir ou éviter du déplaisir. Mais les valeurs apportent quelque chose de plus fort qu'une simple satisfaction, car elles constituent de véritables directions de vie. Nous pouvons nous appuyer sur les valeurs pour choisir nos actions et pour persévérer dans ces choix lorsque certaines émotions et pensées freinent notre motivation.

Généralement, les valeurs sont définies par des buts généraux comme « contribuer au bien-être des personnes que l'on aime » ou « explorer le monde » et par des qualités d'action, comme le fait d'agir avec compassion, avec humour, ou avec humilité. Le travail sur les valeurs en psychothérapie consiste à aider les clients à identifier et construire leurs propres valeurs. En d'autres termes, cela consiste à parler de ce qui donne du sens à la vie des clients, et cela devient le moteur de la thérapie. Au lieu de se focaliser sur la réduction de l'anxiété, de la dépression, ou de la douleur, on propose comme objectif central de définir des directions de vie porteuses de sens, et d'identifier des actions permettant de se connecter à ces directions de vie. Ensuite, on travaille sur la motivation à s'engager dans ces actions et sur la capacité à apprécier le contact avec les valeurs, même lorsque certaines sources de souffrance sont présentes (par exemple, apprécier un moment d'intimité avec un ami dans une période de deuil).

Comment la formation que vous proposez se déroulera-t-elle ?



Comme toutes mes formations, l'atelier intensif sur les valeurs se composera de nombreux exercices pratiques permettant de développer des habiletés cliniques concrètes. Nous utiliserons de nombreux jeux de rôles et exercices expérientiels, nous analyserons des vidéos d'interactions thérapeutiques. Les présentations didactiques seront brèves et centrées sur la pratique. Le but est de permettre aux participants d'appliquer les techniques pour développer les valeurs et la motivation dans leur pratique quotidienne suite à cette formation. De plus, les techniques que j'enseignerai durant cette formation ne seront pas seulement basées sur des exercices formels, mais sur des échanges naturels entre patient et thérapeute. Les participants à cette formation apprendront donc à développer les valeurs et la motivation de leurs patients au cours de conversations cliniques fluides, et non seulement de protocoles préétablis. L'utilisation des échanges naturels est une caractéristique centrale du travail

que j'ai réalisé depuis plusieurs années avec l'application de la théorie des cadres relationnels en thérapie. C'est sur cette approche présentée en détail dans mon ouvrage *Mastering the Clinical Conversation : Language as Intervention* (co-écrit avec Jennifer Villatte et Steven Hayes) que nous nous appuyons directement dans cette formation intensive sur les valeurs.

Pouvez-vous donner un exemple de la manière avec laquelle les participants à cette formation apprendront à travailler sur les valeurs au travers d'échanges naturels, plutôt que d'exercices ?

Le plus simple est de regarder une vidéo de démonstration du type de celle que j'utilise dans mes formations. Dans l'exemple suivant <https://www.youtube.com/watch?v=a00-8VpdZD0>, je joue un patient très déprimé qui ne trouve plus grand chose d'intéressant dans sa vie. Il a récemment divorcé et il n'a pas vu son jeune fils depuis un certain temps. Au cours de ces quelques minutes d'interaction, la thérapeute va l'aider à explorer ce qui pourrait permettre de recréer du sens dans sa vie au moyen de questions expérientielles. Au départ, le peu de satisfaction qu'il parvient à identifier se limite à des choses qu'il veut éviter, comme se sentir seul. Il a aussi du mal à formuler ce qui compte pour lui au-delà de ce qui est attendu de lui par les autres. Progressivement, la thérapeute va l'aider à se reconnecter à quelque chose de profondément important pour lui : sa relation avec son fils et son rôle de père. Cet échange se déroule sans précipitation, au rythme du patient, mais en visant systématiquement les éléments clés qui lui permettront de progresser vers une source de satisfaction plus intrinsèque, positive, et généralisée. Progressivement, le patient parvient à identifier une valeur importante pour lui.

Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychologue nous propose également une formation en anglais qui porte spécifiquement sur la *Théorie des cadres relationnels* et qui se tiendra le **30-31 janvier 2017** au Centre St-Pierre à Montréal.



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)

ACT avec les survivants du suicide

La clientèle endeuillée est fréquemment rencontrée en psychothérapie. Toutefois, il arrive que les cliniciens se demandent comment intervenir auprès des clients présentant des deuils complexes. Considérant les impacts du suicide d'un être cher sur ses proches, ainsi que les taux de suicide encore relativement élevés au Québec, cette série de deux articles présente une manière d'appliquer la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès des survivants du suicide, une clientèle endeuillée qui pose un défi sur le plan de l'intervention. Dans cet article, un modèle d'intervention en trois étapes sera décrit.

Deuils et suicide

On considère, dans le domaine de la santé mentale, que la mort d'une personne aimée représente l'une des expériences les plus difficiles qu'un être humain puisse vivre. En effet, le deuil est fréquemment représenté dans l'inventaire des événements de vie stressants de Holmes et Rahe (1967 ; Rahe, Mahan, & Arthur, 1970). Ce dernier classe en ordre d'importance les événements de vie pouvant causer le plus de stress à une personne, avec une cote chiffrée pour indiquer l'importance du stress perçu. Dans cette liste, le décès d'un partenaire de vie est reconnu comme source de stress la plus importante, le décès d'un membre de la famille proche comme cinquième source de stress en importance et le décès d'un ami proche se trouve en dix-septième position. Ainsi, sachant que, tôt ou tard, 100 % des individus décéderont, il n'est donc pas surprenant de recevoir assez fréquemment des clients endeuillés en consultation.

On estime également que la clientèle endeuillée suite au suicide d'une personne proche (appelés survivants du suicide) traverserait des deuils plus longs et plus complexes que les autres endeuillés (Brent et al., 1994). Au Québec, bien que le taux de suicide soit en baisse depuis le début des années 2000, on rapportait en 2013 un taux de 13,3 suicides par 100 000 habitants, c'est-à-dire 1 101 suicides dans l'année ou un nombre approximatif de 3 suicides par jour (Institut national de santé publique du Québec, 2016). De surcroît, les survivants du suicide rapportent davantage de symptômes de somatisation, obsessionnels-compulsifs, dépressifs, anxieux et paranoïdes que des patients psychiatriques rencontrés à l'externe (Grad, 1996) et reçoivent moins de soutien et sont perçus plus négativement par leurs pairs que les autres endeuillés (Moore, 1995). De plus, les survivants du suicide affirment ressentir davantage de culpabilité, de honte et un sentiment de rejet plus important que les autres endeuillés (Reed & Greenwald, 2001). Il semblerait enfin que dans plusieurs cas, l'expérience de traumatisme soit une composante importante de leur tableau clinique (Robinson, 2005).

Syndrome du survivant et modèle d'intervention

La psychologue américaine Patricia Robinson (2005) observe une sorte de « syndrome du survivant du suicide » chez sa clientèle, qui serait caractérisé par huit composantes : l'apparence d'une vie hautement fonctionnelle, en surface ; l'évitement de l'intimité ; le rapport d'une faible motivation et d'une sous-réussite des objectifs de vie ; des plaintes liées à l'humeur qui s'avèrent diffuses ou vagues (dysthymie, appréhension) ; une absence de plaisir (anhédonie) ou l'impression de ne pas pleinement participer à sa vie ; une tendance à ne pas parler du suicide (sauf si on le questionne directement) ; des trous de mémoire fréquents dans le rapport des événements liés au suicide ; et une forte tendance à l'idéalisation et la rationalisation en abordant le proche décédé et sa décision de mettre fin à ses jours.

Étant donné que l'évitement expérientiel semble être au premier plan chez les survivants du suicide qui viennent consulter en psychothérapie, ce qui semble être apparent dans la symptomatologie du syndrome du survivant du suicide, la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) peut s'avérer être un excellent modèle pour leur venir en aide. À cet effet, Robinson (2005) a développé un modèle d'intervention en 3 étapes pour intervenir auprès de cette population.

- 1. Aider le client à prendre conscience de l'histoire du suicide et apprendre à accepter ses impacts quotidiens. Les principaux processus visés ici sont l'acceptation et le contact avec le moment présent.**
- 2. Ré-écrire l'histoire du suicide pour créer davantage de flexibilité chez le client. À cette étape, on mise davantage sur la défusion cognitive et le soi contextuel.**
- 3. Appliquer la nouvelle histoire à la vie du client. À cette étape-ci, les valeurs sont clarifiées et la démarche de mise en application d'actions engagées est initiée.**

Première étape : conscience de l'histoire et acceptation des impacts

En début de thérapie, il est fréquent que les clients endeuillés par suicide demandent à voir plus clair au sujet de l'événement. Souvent, tôt après le suicide, le survivant construira mentalement une « histoire » au sujet du décès afin de s'expliquer rationnellement celui-ci. Cette histoire peut être distordue et incomplète en raison du besoin intense ressenti par le survivant de se distancier d'un acte fort souffrant posé par un être aimé.

Bien des survivants veulent en parler, mais sentent de la culpabilité et s'attendent à être jugés. De surcroît, ils acceptent souvent par défaut l'histoire initialement formulée, sans la remettre en question ou évaluer ses impacts sur leur vie. C'est en parlant de l'histoire et en ressentant les émotions évitées en lien avec celle-ci que les impacts de l'histoire sur la vie des survivants deviennent apparents. Il peut être très bénéfique, à ce stade, de s'asseoir avec son client pour mettre à l'écrit son histoire concernant le suicide de l'être cher et aider la personne à s'exposer aux émotions difficiles jusqu'ici évitées. Dans l'histoire écrite, on s'efforcera de cibler qui est concerné, les événements survenus, le moment où le suicide a eu lieu et comment il est arrivé (qui, quoi, quand et comment), puis surtout, le pourquoi ou l'explication donnée par le survivant pour justifier ou rationaliser le geste.

Désespoir créatif

Dans un second temps, on évoquera habituellement avec le client le désespoir créatif (voir Le coffre à outils du clinicien des volumes 2 et 3 du Journal de l'IFTCC pour plus d'informations). La métaphore classique de l'homme dans le trou (un bon exemple de celle-ci se trouve au chapitre 2 de Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz, 2016) peut être utilisée ici, tout comme celle des sables mouvants ou de l'invité non-désiré (Hayes et al., 2012) bien que je leur préfère habituellement celle du ballon dans la piscine :

La métaphore du ballon dans la piscine

Tout le monde a déjà tenté de maintenir un ballon sous la surface de l'eau. Qu'arrive-t-il inévitablement? Oui, il finit par ressortir et éclabousse les gens dans la piscine. Imaginons maintenant que vous organisiez une fête de piscine à l'été. Tous vos meilleurs amis et proches y sont présents. Les gens jouent au water-polo, se racontent des blagues et prennent mutuellement des nouvelles. Mais vous, vous êtes très occupé, parce qu'un ballon horrible et ignoble flotte à la surface de l'eau, et vous refusez obstinément d'avoir à endurer sa présence ou d'y soumettre vos visiteurs, donc, vous le plongez sous l'eau pour le cacher à tous. Comment est la fête? Comment sont les blagues? Comment sont les discussions avec vos cousins éloignés, les blagues de votre meilleur ami ? Comment goûte la bière, le rosé? Et, pendant combien de temps réussissez-vous à garder le ballon sous l'eau? Et qu'arrive-t-il alors?

L'évocation du désespoir créatif sert ici à stimuler la réflexion du client sur la différence entre la mécanique du monde concret, en opposition à celle du monde cognitif et émotionnel. On tentera de faire vivre au client la distinction entre les deux univers, le premier, concret, sur lequel on exerce clairement un contrôle, le second, abstrait, sur lequel notre contrôle est relativement limité. On peut ici se limiter à la métaphore proposée ou y ajouter, au besoin, les exercices classiques du chameau (ou de l'éléphant rose, ou de l'ours blanc), puis la métaphore classique du polygraphe (Hayes et al., 2012). Par la suite, il est possible de les appliquer clairement au cas du client : « maintenant, essayez de penser à n'importe quoi sauf à la personne décédée...comment cela fonctionne? ». Le tout sert surtout à illustrer l'« effet rebond » : plus une personne tente d'exercer un contrôle sur ses états internes (possiblement en les supprimant), plus ces états reviennent et se maintiennent.

Ré-écrire l'histoire du suicide

Une étape importante qui suit est l'évaluation des coûts et bénéfices à rester « attaché » à l'histoire formulée au sujet du décès. On analysera les « bienfaits » de celle-ci (généralement donner du sens à l'événement, cesser de vivre dans l'incertitude, calmer des doutes, apaiser la peine), ainsi que ses inconvénients (des choix de vie qui restreignent l'expression des affects, de l'isolement social, une réduction du sentiment d'intimité et de proximité avec les autres). Il n'est pas rare d'en arriver à ce que le client pose lui-même la question suivante : serait-il plus avantageux de me permettre de vivre et ressentir pleinement mes émotions, sans tentative de contrôle? Sinon, il est possible de soulever cette hypothèse avec le survivant du suicide. À partir de ce moment, le survivant du suicide peut se montrer plus ouvert à faire une lecture fréquente de son histoire écrite, afin de s'exposer avec davantage d'ouverture aux émotions qui seront évoquées en thérapie.

À la fin de la première étape, il est suggéré de remettre en question des éléments de l'histoire originale du client. On tentera de l'aider à se remémorer certaines des choses qui ont été dites (mais depuis oubliées) ou certains des faits plus flous, ou de poser des hypothèses quant à ces éléments historiques. On tentera également de départager les observations des jugements, et d'assouplir l'attachement du client envers ces évaluations. Au besoin, on peut également inviter le client à recontacter des proches afin de discuter avec eux de leurs versions des faits, de la façon qu'ils ont perçu l'histoire du suicide de la personne décédée. Cette partie du travail peut s'avérer importante en raison de la propension des survivants du suicide à éprouver des « trous de mémoire », à cliver les rôles de certaines personnes de façon quelque peu caricaturale (les « bons » et les « méchants ») ou à rationaliser de façon excessive un geste qui, bien souvent, est plus impulsif que réfléchi.

Bien que cette étape de la démarche puisse, au premier abord, ressembler à une stratégie de contrôle émotionnel, par le biais d'une modification de l'interprétation d'un souvenir, notez qu'elle demeure importante et peut tout aussi bien s'insérer de façon logique dans le modèle ACT. En mettant à l'épreuve les généralisations excessives du survivant du suicide, on permettra éventuellement à celui-ci de développer davantage de flexibilité psychologique, lui donnant la chance de mettre au point une nouvelle histoire, plus précise et qui soutiendra vraisemblablement une vie plus porteuse pour lui.

Les deux étapes suivantes (et finales) du protocole seront présentées dans le prochain numéro du Journal de l'IFTCC prévu pour avril 2017 : créer davantage de flexibilité chez le client en ré-écrivant l'histoire du suicide.

Références

Brent, D. A., Peters, M. J., & Weller, E. (1994). Resolved: Several weeks of depressive symptoms after exposure to a friend's suicide is "major depressive disorder". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 582-587.

Grad, O. T. (1996). Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic accidents in Slovenia. *Omega: Journal of Death and Dying*, 33, 243-251.

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.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.

Institut national de santé publique du Québec (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*. Retrouvé à l'adresse suivante : http://www.aqps.info/media/documents/Portrait_statistique2016_suicide_Quebec_INSPQ.pdf


Moore, M. M. (1995). Counseling survivors of suicide: implications for group postvention. *Journal for specialists in group work*, 20, 40-47.

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice*. Oakland: Context Press.

Rahe, R. H., Mahan, J. L., & Arthur, R. J. (1970). Prediction of near-future health change from subjects' preceding life changes. *Journal of Psychosomatic Research*, 14(4), 401-406.

Reed, M. D. & Greenwald, J. Y. (2001). Survivor-victim status, attachment and sudden-death bereavement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 385-401.

Robinson, P. J. (2005). *Understanding and providing care to the survivors of suicide*, In Chiles & Strosahl (pp. 273-303). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.



Les onze pièges les plus communs dans l'apprentissage de l'ACT

Par Frédérick Dionne, Ph.D., professeur
Josée Veillette, doctorante en psychologie
Marie-Eve Martel, doctorante en psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) est maintenant fort populaire et répandue au Québec et en francophonie. Un nombre grandissant de psychothérapeutes et d'étudiants souhaitent se former selon cette approche qui démontre des bénéfices concrets auprès des clients. De par sa nature expérientielle et contre-intuitive, l'apprentissage de l'ACT vient cependant avec son lot d'incertitudes, de confusion et de remises en question. Dans cet article, onze pièges fréquemment rencontrés chez les étudiants et les cliniciens ACT sont résumés à partir d'un article récent de Brock et al. (2015). Quelques pistes de solutions pour éviter ces impasses sont également suggérées.

1. Parler de l'ACT au lieu de l'expérimenter

Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé d'un client lors d'une première rencontre thérapeutique, il arrive fréquemment que le thérapeute ACT décrive l'approche de façon détaillée. Son explication ne devrait cependant pas être un monologue. Le thérapeute doit préférablement inviter son client à être en contact avec son histoire personnelle de manière expérientielle et fonctionnelle. Pour ce faire, il peut favoriser l'utilisation de métaphores et d'exercices concrets dans cette première rencontre, et ce, à partir de l'expérience du client. Bref, discuter de l'ACT n'est pas la même chose que de l'expérimenter, tout comme regarder une carte routière d'une ville n'est pas la même chose que de marcher dans ses rues.

2. Lire les métaphores ou les exercices

Ce n'est pas toujours une erreur, mais la lecture implique certaines difficultés ou obstacles comme la perte de contact avec le client sur une période relativement longue, l'accentuation de l'aspect « académique » de cette façon de faire et possiblement le manque de préparation de la part du thérapeute. Il est important de retenir que les métaphores ou les exercices ne se dérouleront probablement pas comme prévu et que c'est surtout la fonction (ou le but) des métaphores ou des exercices que les thérapeutes doivent bien comprendre (les mots n'étant que secondaires).

3. Utiliser les métaphores et les stratégies d'intervention comme des techniques à mettre en application, sans tenir compte de leur fonction spécifique

Les métaphores et exercices expérientiels de l'ACT n'ont pas été développés pour être utilisés de façon systématique, routinière ou hors contexte. De plus, le choix d'une métaphore ou d'un exercice expérientiel ne devrait pas reposer sur le fait que cette stratégie ait fonctionné lors d'une rencontre précédente, perdant ainsi sa fonction. Une des compétences fondamentales du thérapeute ACT est d'agir de manière flexible, le choix de métaphores et d'exercices devrait donc se faire en fonction d'un client précis et d'un contexte spécifique.

4. Alourdir la rencontre et surcharger le client de métaphores ou d'exercices

Lorsqu'une métaphore ou un exercice ne mène pas à la réaction espérée chez le client, les nouveaux thérapeutes ACT ont tendance à en utiliser d'autres afin de remédier à cet obstacle. La thérapie peut alors ressembler à une succession de métaphores et d'exercices, sans rétroaction du client et de ce fait, le thérapeute n'est plus entièrement présent à l'expérience vécue lors des rencontres. Il serait préférable d'explorer ce qui se passe entre son client et lui ou de lui exprimer directement son sentiment d'être « pris » dans une impasse.

5. Trop parler

Puisque l'ACT encourage le thérapeute à occuper un rôle actif par l'utilisation de métaphores et d'exercices expérientiels, il est possible que le thérapeute parle trop lors des séances. Le fait de trop parler peut prendre différentes formes (p. ex., questionner trop promptement son client, lui dire comment il se sent ou faire les erreurs mentionnées précédemment). Cette façon de faire est souvent une manière pour le thérapeute de gérer son propre inconfort. Dans de telles circonstances, l'équilibre est perdu. Être conscient de sa présence, de celle de son client, de l'activité en cours ou des expériences vécues lors des rencontres peut aider à déterminer si c'est un temps pour parler, pour écouter, ou pour garder le silence.

6. Lire et regarder des experts ACT, sans pratiquer

Êtes-vous du genre à collectionner les livres sur l'ACT ou à visionner des vidéos présentant des experts pratiquant la thérapie plutôt que de travailler sur vos propres difficultés (les jeux de rôle, par exemple)? Lire et regarder des experts aide certainement à se familiariser avec ce modèle d'intervention, mais l'apprentissage de toute nouvelle habileté demande aussi de la pratique. Il est préférable pour les nouveaux thérapeutes ACT d'accepter de faire des erreurs et d'apprendre de leurs « maladresses ».

7. Présumer que le contrôle et l'évitement sont nécessairement « mauvais »

Puisqu'une grande partie du travail de l'ACT est de réduire les effets du contrôle et de l'évitement, plusieurs nouveaux thérapeutes ACT supposent que toute forme de contrôle ou d'évitement est problématique. Cependant, il peut y avoir des contextes dans lesquels le contrôle et l'évitement sont fonctionnels; ils sont problématiques lorsqu'ils sont excessifs ou mésadaptés. Il importe que le thérapeute s'intéresse à la fonction de ce comportement et qu'il vise le développement d'un répertoire comportemental plus flexible chez son client, plutôt que de simplement étiqueter un comportement comme étant « bon » ou « mauvais ».

8. Axer son intervention sur la réduction des symptômes plutôt que sur l'amélioration de la qualité de vie

De façon générale, une grande partie de l'enseignement et du travail clinique en psychologie a pour but de réduire les symptômes. Cependant, l'ACT vise plus largement à augmenter les comportements relatifs aux valeurs de l'individu. Néanmoins, les nouveaux thérapeutes ACT peuvent avoir tendance à cibler davantage la diminution des symptômes de leurs clients que l'amélioration de leur qualité de vie.

9. Trop se « coller » aux valeurs

Le travail sur les valeurs est une des particularités de l'ACT et la recherche d'activités valorisantes peut être contre-intuitive; il exige certaines habiletés, et surtout, de la compassion. Les thérapeutes trop « centrés » sur les valeurs se concentrant exagérément sur les actions valorisantes et se questionnant outre mesure sur l'exactitude des valeurs énoncées par son client peuvent se retrouver coincés. Il serait plus avantageux pour le thérapeute d'être présent et compatissant envers son client, au lieu de chercher à le diriger vers une direction qu'il considère plus avantageuse pour lui.

10. Vouloir aller trop rapidement lorsque des affects douloureux émergent

Pour plusieurs, il est naturel de vouloir rassurer, donner un mouchoir ou aider le client à « regarder le bon côté des choses » lorsque ce dernier démontre de la tristesse, de la douleur ou des affects de grande intensité. Toutefois, il est important pour le thérapeute ACT d'être pleinement conscient de sa réactivité ainsi que de la fonction de celle-ci. Si le thérapeute réagit trop promptement aux affects douloureux de son client, il devient plus difficile de lui enseigner que ses émotions ne sont pas des ennemis qu'il doit fuir ou supprimer. Au contraire, l'expression d'affects négatifs devient l'occasion pour le client d'apprendre que c'est la résistance à vivre ses émotions qui conduit à des difficultés de fonctionnement.

11. Intervenir comme si l'objectif thérapeutique était de faire ressurgir les affects douloureux chez son client

Selon l'ACT, il n'y a pas de bénéfice inhérent à l'expression d'affects douloureux. Les nouveaux thérapeutes ACT peuvent avoir tendance à mélanger la forme et la fonction de cette intervention. Elle devrait être au service des valeurs du client, et non simplement qu'une manière de « ventiler »; ce n'est pas l'objectif du traitement. Le thérapeute ACT doit aller au-delà de la forme et s'interroger sur la fonction de vouloir faire émerger les émotions négatives chez son client. Est-ce que cette intervention permettra ultimement au client de progresser en direction de ses valeurs personnelles?

Référence :

Brock, M. T., Robb, H. B., Walser, R. B., & Batten, S. J. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT: A quick analysis and call to awareness, *Journal of Contextual Behavioral Science*. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.11.003>

FORMATION À VENIR

Intégrer la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) dans sa pratique cognitivo-comportementale avec Dr Frédérick Dionne, Ph.D., psychologue

Cette formation offre un cadre conceptuel qui permet l'intégration de la thérapie ACT à la TCC traditionnelle. Elle présente 10 stratégies utiles qui permettent d'utiliser la thérapie ACT en complémentarité à une approche cognitivo-comportementale plus conventionnelle.



Trois-Rivières

17 et 18 mars 2017

Montréal

18 et 19 mai 2017

Nos formations à venir



Compréhension et pratique de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC): Comment optimiser l'application des stratégies TCC en clinique?

Montréal - 26 et 27 janvier 2017

Québec - 31 mars 2017 et 1er avril 2017

Formateur(s): Dr Olivier Pelletier, Ph.D., psychologue

Atelier Intensif Valeurs : Construire du sens et renforcer la motivation en thérapie avec l'ACT et la Théorie des cadres relationnels

Montréal - 27 et 28 janvier 2017

Québec - 2 et 3 février 2017

Formateur(s): Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychologue

Mastering the Clinical Conversation: Language as Intervention (ANGLAIS seulement)

Montréal - 30 et 31 janvier 2017

Formateur(s): Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychologue

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

Québec - 3 février 2017

Sherbrooke - 7 avril 2017

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

Thérapie cognitive comportementale des troubles d'anxiété avec les cas difficiles

Sherbrooke - 9 et 10 février 2017

Formateur(s): Dr Stéphane Bouchard, Ph.D., psychologue

Le Projet Z: Programme de thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée chez les enfants

Montréal - 17 février 2017

Québec - 17 mars 2017

Formateur(s): Dre Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue

Guides de pratique TCC : Thérapie cognitivo-comportementale du trouble anxieux sociale

Montréal - 24 février 2017, 9h00

Formateur(s): Dre Ngô Thanh-Lan, MD, psychiatre

Guides de pratique TCC : Thérapie cognitivo-comportementale de la dépression

Québec - 24 février 2017, 13h30

Formateur(s): Dre Ngô Thanh-Lan, MD, psychiatre

Nos formations à venir

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 4 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).

4) *Le traitement pharmacologique de la dépression : étape par étape* (3 hrs).

Dr **Bassam Houry**, Ph.D. psychologue, présente *La pleine conscience : théories, recherches et applications* (3 hrs).

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.