



LE JOURNAL DE L'IFTCC

Vol. 1, No. 1 (Novembre 2015)



Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive



Mot du rédacteur

C'est avec grand plaisir que nous diffusons aujourd'hui le premier numéro du **Journal de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive** (JIFTCC)! Publié trois fois par année, le JIFTCC offre diverses chroniques reliées au champ de la psychothérapie en plus de présenter les plus récentes nouvelles de l'Institut. Mon souhait est que ce Journal devienne le vôtre et que vous puissiez y contribuer par votre expertise et votre créativité. À plusieurs moments, vous serez d'ailleurs invités à nous soumettre vos écrits.

Dans ce numéro, j'aborde tout d'abord comment « surfer sur les impulsions » dans le *Coffre à outils du clinicien*. Dans le *Coin techno*, Michel Roberge, psychologue, présente de nouveaux moyens technologiques afin de soutenir notre pratique. Dans sa chronique, Michel Giroux, psychologue, discute de la contribution de la pleine conscience et de la thérapie des schémas au sein du lien thérapeutique. Par la suite, Dr Pierre Cousineau, psychologue, tente de répondre à une question cruciale sur les schémas personnels des psychothérapeutes. Enfin, Karyne Bettencourt reçoit une tête d'affiche de la programmation de cette année, le Dr Stéphane Bouchard, psychologue et professeur.

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, Frédéric Dionne, Michel Giroux, Michel Roberge

Table des matières

Coffre à outils du clinicien **3**

Coin techno **5**

Thérapie des schémas, pleine conscience et lien thérapeutique **7**

Une question au Maître clinicien **12**

Entretien avec Stéphane Bouchard **14**

Formations à venir **17**



Coffre à outils du clinicien

Par Frédéric Dionne, Ph.D.,
psychologue, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et directeur de l'IFTCC

Apprendre à surfer sur les impulsions

À chaque parution, une technique particulière, une métaphore ou un exercice pratique seront introduits au clinicien afin de bonifier son coffre à outils.

Le *urge surfing* (le surf sur les impulsions) a d'abord été introduit dans le domaine des dépendances (alcool, jeu, drogue, tabac) pour la gestion des craving (forte envie de consommer; Lloyd, 2003). Cette technique (ou ensemble de technique) peut également être utile au sein d'autres problématiques comme les troubles anxieux et les troubles obsessionnels-compulsifs et troubles connexes. Il s'agit d'une composante de l'approche cognitive et comportementale qui a démontré son efficacité à l'intérieur des programmes basés sur l'acceptation et la pleine conscience (p.ex., Bowen, Chawla, Marlatt, 2013).

Les impulsions comme des vagues dans l'océan

Le *urge surfing* consiste à enseigner au client à considérer les impulsions comme des vagues dans l'océan, ce qui constitue une analogie. Les impulsions, montent, atteignent une crête et éventuellement s'affaissent. De plus, tout comme les vagues, les impulsions sont brèves et cessent d'elles-mêmes, sans avoir à poser une action quelconque. La seule façon de prolonger les impulsions désagréables est de résister à celles-ci, de tenter d'échapper inutilement. Chaque fois qu'une impulsion est acceptée, les impulsions subséquentes sont de moins en moins nombreuses et fréquentes.

Il est maintenant temps de passer de la théorie à la pratique. Lorsque vous aurez des impulsions cette semaine (forte envie de grignoter, vive réaction de colère, etc.), ou si votre patient a des problèmes de contrôle des impulsions, profitez de l'occasion pour essayer la méthode proposée par Harris (2009).

Surfer sur les impulsions

1. Observer l'impulsion : remarquer où on la ressent dans son corps.
2. La reconnaître : « J'ai très fortement envie de ... ».
3. Respirer à « travers » cette impulsion, l'accueillir et lui faire de la place (ne pas tenter de la réprimer ou de la faire disparaître).
4. L'observer s'enfler, atteindre une crête et se retirer.

Au lieu de résister à vos impulsions ou de tenter de les maîtriser, pensez que vous avez toujours de la place pour accueillir vos impulsions, elles finiront tôt ou tard par atteindre une crête et s'évanouir.

Surfer sur les impulsions : étape par étape

Le urge surfing peut être appliqué en quatre étapes (Lloyd, 2003) :

1. Expliquer le *urge surfing* au client (métaphore de la vague)
2. Évaluer les situations « à haut risque » (c'est-à-dire, les situations où le client est susceptible d'éprouver des impulsions indésirables)
3. Amener le client à décrire en détail une impulsion et lui faire expérimenter la technique décrit ci-haut in vivo.
4. Modifier certaines croyances par rapport aux impulsions (p.ex, « je n'arrive pas à gérer ces envies », « si j'accepte les impulsions, elles prendront le contrôle »).

À vous de jouer !

Partagez-nous des exercices et des techniques qui fonctionnent particulièrement bien pour vous à journal@iftcc.com

Références :

Bowen, S., Chawla, N. et Marlatt, A. (2013). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. Edition : de boeck. Bruxelles : Belgique.

Harris, R. (2009). *Le piège du bonheur*. Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Lloyd, A. (2003). Urge surfing. Dans O'Donohue, W., Fisher, J. E., et Hayes, S. C., (Eds). *Cognitive Behavior Therapy : Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 451-455). New-Jersey : John Wiley & Sons.



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.

Aujourd'hui, la technologie, notamment les téléphones «intelligents» et les tablettes, modifie nos relations. C'est également le cas en psychothérapie où de nombreuses « applications » peuvent soutenir le clinicien et ses clients. Cette chronique proposera une variété d'applications pour ces appareils.

Mais avant de vous présenter des applications utiles dans le domaine de la TCC, quelques précisions s'imposent. Il faut considérer que chacune de ces applications a des fonctions spécifiques pouvant soutenir le client dans des contextes précis. Comme pour ses autres outils thérapeutiques, le clinicien doit l'utiliser en fonction des caractéristiques et des besoins du client, en conformité avec la déontologie professionnelle. Il faut aussi noter que même si plusieurs de ces applications sont élaborées par des cliniciens expérimentés ou avec leur collaboration, elles n'ont généralement pas fait l'objet d'études rigoureuses. De plus, elles sont majoritairement en langue anglaise, ce qui peut réduire ou limiter l'accès ou l'intérêt de certains clients.

Ma première recommandation aux collègues intéressés est d'avoir soi-même utilisé l'application pour pouvoir s'assurer de la pertinence pour le client, bien lui expliquer et pouvoir effectuer un bon suivi auprès de celui-ci. Il est aussi souhaitable de vérifier les pratiques et habiletés du client avec les applications en général : sera-t-il intéressé, à l'aise et motivé à l'utiliser ? Au moment approprié, il convient de souligner que l'application n'est pas un jeu, mais un outil comme le sont les autres exercices ou travaux recommandés par le clinicien. Enfin, le suivi approprié aux rencontres subséquentes permettra de s'assurer d'une bonne utilisation et de vérifier les effets attendus ou imprévus. Comme tous autres outils du psychothérapeute, il engage sa responsabilité professionnelle.

Et maintenant, voici deux applications en vedette pour cette première chronique :

Cognitive styles test. Cette application est disponible sur Google-Play (appareils Android). Elle évalue les types de distorsions cognitives sous-tendant des troubles psychologiques. Elle permet de les identifier pour mieux les travailler en clinique. Elle fut élaborée avec la collaboration d'un psychologue clinicien. L'application comprend : 1) un test de 110 questions, 2) un article expliquant la thérapie cognitive et son utilisation et 3) un journal des cognitions. Elle est produite par Excel at Life qui a un site Web et qui produit plusieurs applications, formulaires, bandes audio et questionnaires.

À mon avis, l'application permet d'approfondir avec le client ses types de distorsions cognitives. Ce qui permet de poursuivre, au moment approprié, la discussion sur ses types de cognitions. Il est possible de reprendre le test pour en apprécier l'évolution. Cependant, le questionnaire est de 110 questions, ce qui peut être long pour certains (notez qu'il est possible de l'interrompre et le reprendre par la suite).

L'évaluation moyenne des utilisateurs sur Google-Play est de 4,2 sur 5.

Pour plus d'information, consultez le site http://www.excelatlife.com/questionnaires/cognitive_styles/items.htm

What's Up? (de Jackson Tempra). Cette application est disponible sur Google-Play et sur iTunes. Elle vise à identifier les schémas de pensée et y répondre; elle peut contribuer à modifier les pensées dysfonctionnelles et les émotions. Cette application présente plusieurs fonctions intéressantes : les types de pensées, des métaphores (de type ACT), des suggestions pour se calmer, pour se distraire, pour respirer plus profondément, pour gérer ses préoccupations, ainsi qu'un journal des pensées et émotions, et plus encore. Il y a un tutorial initial. Certains éléments nécessitent un «don» mais beaucoup sont accessibles sans frais.

À mon avis, c'est une superbe application avec beaucoup de fonctions; aussi, le clinicien voudra probablement donner certaines orientations et consignes et spécifier des sections en priorité selon la situation et l'évolution du client. Si l'utilisation du journal est considérée, l'utilisation d'une tablette peut être préférable au cellulaire.

L'évaluation des utilisateurs sur Google-Play est de 4,3 sur 5

Vous pouvez voir le site web du développeur :

https://www.facebook.com/pages/Whats-Up/446551568827930?sk=info&tab=page_info

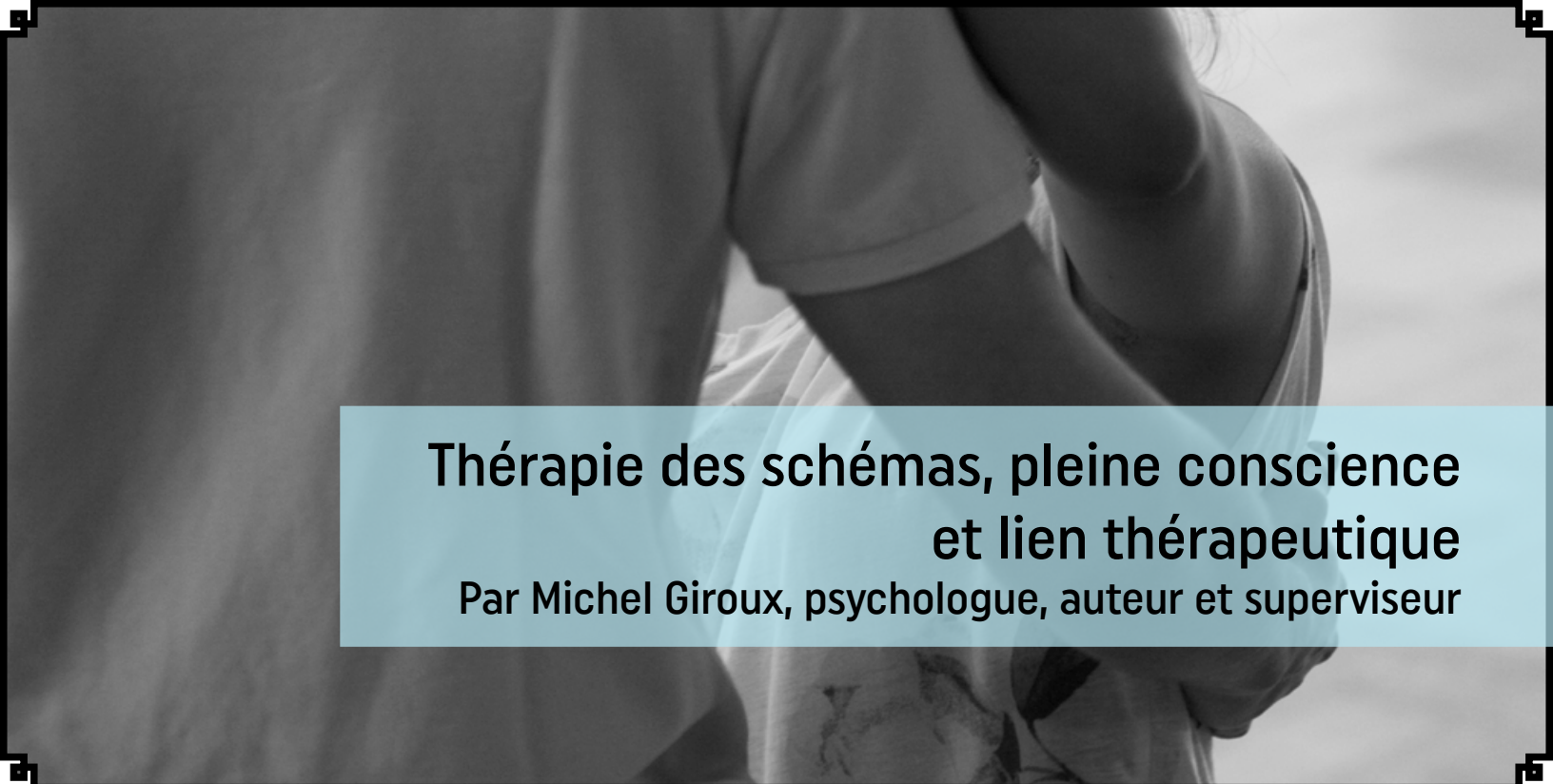
Invitation

Pour alimenter cette chronique, je vous invite à m'adresser vos suggestions d'applications et vos commentaires. Avez-vous certaines applications que vous utilisez régulièrement et avec succès auprès de vos clients ? Dans un bref message, indiquez-moi le nom de l'application, si c'est pour iPhone ou Android, votre utilisation, etc. À votre choix, je pourrais mentionner le nom du ou des proposeurs.

Vous pouvez communiquer avec moi à mon adresse courriel : michelroberge.serviceconseil@gmail.com

Au plaisir de vous lire,

Michel



Thérapie des schémas, pleine conscience et lien thérapeutique

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

Tout changement significatif exige un lien fiable et sécurisant.
Conrad Lecomte

La thérapie des schémas dispose de quatre méthodes thérapeutiques : les méthodes cognitives, les méthodes émotionnelles, la modification comportementale et la relation thérapeutique. J. E. Young, le fondateur de la thérapie des schémas, a su replacer la relation au cœur de la thérapie, alors qu'elle semblait disparue du radar dans le champ des thérapies cognitivo-comportementales. Que nous disent la recherche et les données probantes sur l'efficacité clinique de l'alliance thérapeutique? Comment se définit la relation thérapeutique selon le modèle de la thérapie des schémas? En quoi la pleine conscience peut-elle enrichir la qualité de présence du thérapeute? L'alliance thérapeutique reprend une place dans les approches de la troisième vague.

1. L'alliance thérapeutique et les données probantes

Nous explorerons ce que nous dit la recherche sur l'efficacité de la relation thérapeutique et sur ses principaux ingrédients. Selon moi, la conscience relationnelle du thérapeute comprend la conscience de soi, la conscience de l'autre et la conscience du nous.

« Les recherches semblent suggérer que les thérapeutes qui ont les meilleurs résultats sont ceux qui sont : attentifs et sensibles à l'expérience subjective du client et à leur expérience, à l'expérience interactive et flexibles pour ajuster leurs interventions aux besoins du client » (Lecomte, 2013, p. 21). La qualité de la relation thérapeutique influence de façon constructive l'efficacité de la psychothérapie, ce qui a été soutenu par des données probantes (Lecomte, Savard, Drouin, et Guillon, 2004). Elle est une pièce maîtresse des compétences du clinicien.

Selon Lecomte (2013 et 2014)

- les thérapeutes qui obtiennent de façon soutenue de bons résultats ont d'abord facilité la qualité de l'alliance et l'engagement émotionnel du client dans l'application de leur intervention;
- les thérapeutes conscients de l'influence des perturbations relationnelles sur les progrès thérapeutiques et qui arrivent à restaurer l'alliance obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques;
- l'ensemble de la littérature scientifique suggère que la qualité de l'alliance thérapeutique est associée de façon constante à l'obtention de bons résultats.

En résumé, « les psychothérapeutes efficaces semblent être ceux qui arrivent à reconnaître, à tous moments, leur propre subjectivité et surtout à trouver des modalités d'autorégulation et de régulation interactive leur permettant d'offrir des réponses sensibles et ajustées au plus près de l'expérience subjective spécifique et idiosyncrasique du client » (Lecomte, Savard, Drouin, et Guillon, 2004, p. 96). Les recherches actuelles donnent raison à J. E. Young concernant la puissance de la relation thérapeutique. Les thérapeutes efficaces misent sur leur engagement relationnel et cultivent la qualité du lien tout au long du parcours thérapeutique. Cette relation est judicieusement éclairée par la thérapie des schémas et par la pleine conscience.

2. Le schéma-thérapeute et la relation thérapeutique

La thérapie des schémas définit clairement ce qu'on peut attendre du thérapeute sur le plan relationnel. Nous allons en explorer quelques composantes.

Selon J. E. Young, les qualités du schéma-thérapeute se déclinent comme suit :

« La souplesse est une qualité importante du schéma-thérapeute idéal. Comme le type re-maternage nécessaire dépend de l'histoire infantile de chaque patient, le thérapeute doit adapter son style pour correspondre aux besoins émotionnels du patient. Selon les cas, le thérapeute devra donc générer de la confiance, fournir de la stabilité, aider à grandir émotionnellement, encourager l'indépendance, faire preuve de pardon. Il doit être capable de fournir par la relation thérapeutique tout ce qui peut servir d'antidote partiel aux Schémas Inadaptés Précoces du patient. Comme un bon parent, le thérapeute est capable de répondre – dans la limite de la relation thérapeutique – aux besoins émotionnels de base du patient :

- a) La sécurité liée à l'attachement aux autres (qui comprend : la stabilité, la sécurité, l'éducation attentive et l'acceptation)
- b) L'autonomie, la compétence et le sens de l'identité
- c) La liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions
- d) La spontanéité et le jeu
- e) Les limites et l'autocontrôle » (Young, Klosko et Weishaar, 2005, p. 235-236).

Cette flexibilité du schéma du thérapeute requiert qu'il ait une conscience de ses besoins afin de s'ajuster aux besoins affectifs propres à chaque client. Il recourt à la confrontation empathique et au re-maternage partiel pour susciter une relation aidante et favoriser la guérison des Schémas Précoces Inadaptés. La confrontation empathique suscite une mise à l'épreuve de la réalité dans laquelle le thérapeute exprime au client qu'il comprend les raisons du maintien de ses schémas, tout en l'amenant à se confronter à la nécessité du dépassement de soi. Dans le re-maternage partiel, la relation thérapeutique apporte une réponse émotionnelle adaptée aux besoins insatisfaits du client pendant l'enfance. La conscience relationnelle du thérapeute lui permet d'éviter les pièges de l'évitement et de la compensation dans lesquels il pourrait soit esquiver les émotions du client, soit contre-attaquer avec hostilité. En résumé, le schéma-thérapeute a une conscience claire et chaleureuse du lien thérapeutique, il navigue au pas à pas dans la relation entre une empathie chaleureuse et l'encouragement au dépassement nécessaire à la croissance. Pour mieux comprendre et habiter cette conscience relationnelle, des ateliers s'inspirant de la pleine conscience (Vreeswijk, Boroersen et Nardort, 2012) et intégrant la thérapie des schémas pourraient devenir un lieu de perfectionnement enrichissant pour les thérapeutes.

3. La pleine conscience du schéma-thérapeute

La thérapie des schémas et la pleine conscience se rejoignent sur de nombreux points, et cette rencontre féconde ne cesse de prendre de l'expansion. Cette rencontre peut devenir très utile en ce qui a trait à la conscience relationnelle du thérapeute, à sa conscience de soi, à sa conscience du client, à sa conscience de la relation, ce qui est fondamental, si l'on considère que l'efficacité thérapeutique repose fortement sur la qualité de la relation.

Le témoignage de cette psychologue pratiquant la pleine conscience décrit très clairement les effets bénéfiques de la pleine conscience sur le lien thérapeutique. « La méditation m'a, là aussi, appris beaucoup. Une autre "façon d'être" avec mon patient, petit ou grand. Je suis là, vraiment là, totalement là. En séance, toute mon attention, tout mon esprit, tout mon corps, sont engagés dans la rencontre. Alors je vois ce que je n'aurais jamais vu, j'entends ce que je n'aurais jamais entendu, je comprends ce qui m'aurait peut-être échappé. De façon authentique, distincte, claire. Ma pensée ne s'échappe plus, mes émotions ne me détournent plus, mon corps ne m'indispose plus. Seule existe cette présence à l'autre... La méditation a beaucoup changé ma pratique de psy. Je le vois à cette différence qualitative qui donne à la thérapie une puissance démultipliée » (Siaud-Facchin, 2012, p. 71).

Le psychothérapeute qui travaille à partir de la pleine conscience est efficace en raison de son attention, de sa compassion, de son acceptation, de sa sagesse, tout en s'appuyant sur une démarche expérientielle à la fois structurée et flexible. « L'outil de base pour réaliser ce changement de mode de pensée, ou changement de vitesse mentale, est l'usage intentionnel de l'attention et de la conscience particulière » (Segal, Willilams et Teasdale, 2006, p. 98). Le thérapeute en pleine conscience doit pratiquer la méditation; c'est à partir de cette pratique personnelle qu'il développe une attitude de bienveillance attentive. Il acquiert une conscience ouverte et particulière. L'acceptation est au cœur de la psychothérapie méditative, elle permet au thérapeute d'être conscient de la qualité de sa présence, de ses fuites dans le vagabondage de ses pensées, de repérer sa résistance aux résistances du client et de reconnaître les moments où son esprit s'est rétracté sur une émotion liée à une émotion du client. Le thérapeute en pleine conscience soutient une pratique rigoureuse de la méditation dans un climat d'acceptation et de compassion. L'approche de la pleine conscience répond bien à la conscience moment par moment, dans le pas-à-pas de la relation thérapeutique.

La pleine conscience nourrit la bienveillance, la compassion, la sagesse (le juste effort) et l'exposition systématique aux inconforts nécessaires à une relation thérapeutique saine et efficace. La psychothérapie méditative a besoin de données supplémentaires pour comprendre les enjeux relationnels propres à la psychothérapie, ce à quoi la thérapie des schémas répond d'une manière très éclairante. Nous avançons que le schéma-thérapeute qui souhaite cultiver et entretenir un lien de qualité gagne à s'investir dans une pratique de la pleine conscience.

4. Balises pour mieux comprendre la relation thérapeutique selon la thérapie des schémas et la pleine conscience

1. La qualité du lien en thérapie est devenue un facteur dont l'efficacité est prouvée par des données probantes, ce qui correspond à la place de la relation thérapeutique dans la thérapie des schémas.
2. Selon Young, plus le client est affecté par des schémas importants, plus la relation s'impose comme un ingrédient fondamental et premier.
3. La thérapie des schémas éclaire le thérapeute sur ses cognitions, ses émotions, ses attitudes relationnelles en réaction aux schémas spécifiques du client.
4. La thérapie des schémas informe le thérapeute sur les stratégies dysfonctionnelles qu'il adopte en thérapie lorsque ses schémas ou ses modes sont activés : évitement, soumission ou contre-attaque.
5. La thérapie des schémas permet au thérapeute de sonder, sur le plan expérientiel, ses forces et ses vulnérabilités par une connaissance de soi, de ses besoins, de son parcours de vie, de son histoire d'attachement et du parentage reçu. Elle lui permet également de comprendre ce qui constitue le fond de son identité professionnelle et la force de son attachement relationnel.
6. Le schéma-thérapeute adopte une attitude de re-parentage partiel, il gagne à connaître son Adulte sain, ses vulnérabilités, et ce, en pleine conscience, moment par moment, au cœur de la relation thérapeutique et de ses méandres souvent inattendus.
7. La pratique de la pleine conscience permet au thérapeute d'avoir une meilleure conscience relationnelle, d'être bienveillant, compatissant, autocompatissant, d'avoir la sagesse qui donne la mesure de l'effort juste, de sentir une attitude d'égalité entre lui et la personne aidée, et tout cela dans le contexte d'un investissement rigoureux et d'efforts soutenus.
8. La pleine conscience et la thérapie des schémas soutiennent une attitude d'empathie, de bienveillance, en équilibre avec la confrontation et l'exposition expérientielle. D'après Young, l'empathie précède la confrontation, et ce, dans les quatre modalités thérapeutiques : cognitive, émotionnelle, comportementale et relationnelle.

La thérapie des schémas et la pleine conscience offrent une occasion exceptionnelle de renouveler notre compréhension de la relation thérapeutique par une analyse rigoureuse de la relation et une pratique méditative. La conscience relationnelle du psychothérapeute constitue un puissant levier pour son autonomie professionnelle; elle soutient la mise en place du lien thérapeutique fiable et sécurisant que requiert tout changement important en thérapie.

Références

Amtz, A. et Jacob, G. (2013). *Schema therapy : an introductory guide to the schema mode approach*, Chichester : Wiley-Blackwell.

Geller, S. M. (2012). *Therapeutic presence : a mindful approach to effective therapy*, American Psychological Association.

Germer, C. K., et Seigel, R. D. (2012). *Wisdom and compassion : deepening mindfulness in clinical practice*, New York : Guilford Press.

Hick, S. F., et Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*, New York : Guilford Press.

Lecomte, C. (2014). *Perturbations, ruptures et impasses relationnelles : expériences déterminantes du processus et des résultats thérapeutiques. Activité de formation continue. Document non publié R.P.C.C.Q.*

Lecomte, C. (2013). *Le psychothérapeute face à son sentiment d'impuissance et d'incertitude. Activité de formation continue. Document non publié, R.P.C.C.Q.*

Lecomte, C., R. Savard, Drouin, M-S, et V. Guillon (2004). « Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie », *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), p. 73-102.

Segal, Z. V., Williams, M. G., et J. D. Teasdale (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*, Bruxelles : Éditions De Boeck.

Siaud-Facchin, J. (2012). *Comment la méditation a changé ma vie... et pourrait bien changer la vôtre*, Paris : Odile Jacob.

Verret, M.-H. (2013). *Les effets de la pratique personnelle de la méditation pleine conscience sur les compétences professionnelles du travailleur social. Essai de l'Université de Sherbrooke, Canada.*

Vreeswijk, M., Boroersen, J., et M. Nardort (2012). *Handboof of the schema therapy. Theory, reseach and practice*, section III, chap. 8, Mindfulness and ACT as strategies to enhance the healthy Adult Mode : The use of the mindfulness flash card as an example ; chap. 9, Teaching mindfulness meditation with in a schema therapy framework et chap. 10, Schema-focused mindfulness an eight-session protocol, Chichester : Wiley-Blackwell.

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) et pratique la psychothérapie depuis plus de 40 ans. Il est aussi formateur pour l'IFTCC. Leader dans le domaine de la thérapie des schémas en francophonie. M' Cousineau est certifié de l'International Society for Schema Therapy. À chaque parution, le Dr Cousineau répondra à une question, de nature clinique ou théorique, sur la thérapie des schémas.

« Quels sont les schémas ou les modes les plus présents chez les thérapeutes »?»

Les deux schémas les plus fréquents lorsque l'on demande à des psychothérapeutes de compléter le questionnaire de Young sont les schémas **Abnégation** (SS) et **Exigences élevées** (US).

Cela est congruent à mon expérience avec le suivi de psychothérapeutes – ce qui suit fait référence à cette expérience; donc, des psychothérapeutes qui consultent.

De très importantes exigences envers soi (surtout) et une très grande sensibilité à la souffrance de l'autre, qui se fait souvent au détriment de la sienne. À doses élevées, il s'agit d'un puissant cocktail pouvant conduire à un épuisement professionnel. J'ai aussi fréquemment retrouvé cette même combinaison chez plusieurs médecins-omnipraticiennes qui me consultaient pour épuisement professionnel.

Le schéma Abnégation est l'un des trois schémas faisant partie du mode Conciliation (centration sur les attentes d'autrui). Il n'est pas rare de le retrouver accompagné d'un autre schéma du même mode, le schéma Recherche d'approbation (AS). Souvent, la psychothérapeute n'aime pas décevoir, déplaire. Combiné à la présence du schéma Exigences élevées, le mode Conciliation fait que dans son travail la psychothérapeute a une forte propension à s'attribuer l'entièreté de la responsabilité lorsque le processus n'apporte pas les résultats souhaités.

Les schémas Abnégation, Exigences élevées et Recherche d'approbation sont des schémas stratégiques en ce sens où ils ont une fonction d'évitement expérientiel. De quels schémas fondamentaux (inconditionnels) cherche-t-on le plus souvent à éviter la réactivation? Les schémas Carence affective (en priorité – ED) et Abandon (AB), ainsi que leurs corrolaires au niveau de la cohérence narrative sur soi qui en résulte, les schémas Imperfection (DS) et Échec (FA). Le psychothérapeute est un spécialiste de l'écoute empathique et de la compassion; c'est souvent ce qui lui a manqué dans son histoire personnelle. C'est sûrement l'une des raisons qui font qu'il est si habile à reconnaître ce besoin de compréhension et de validation chez autrui, ce sont des enjeux familiaux.

Voici quelques exemples de fonctions possibles de schémas du mode Conciliation : S'occuper de l'autre comme l'on aurait souhaité que l'on s'occupe de soi (SS) Laisser tomber l'autre justifierait qu'on nous a laissé tomber (SS) Être essentiel à l'autre fait de nous une personne significative (AS)

J'écrivais plus tôt que pour moi les schémas Imperfection et Échec résultent d'une cohérence narrative à des schémas primaires comme Carence affective ou Abandon : par exemple, pourquoi ne s'intéresse-t-on pas à moi, pourquoi m'abandonne-t-on? La cohérence s'établit alors autour de croyances comme je ne suis pas intéressante, je n'en vauds pas la peine. Le schéma Exigences élevées est souvent une façon de chercher à composer avec une telle cohérence (mode Contre-attaque – par exemple, ma compétence professionnelle me conforte quant à ma valeur personnelle). Dans ce contexte, ma compétence devient un enjeu chargé (US) puisqu'il s'est lié à des besoins psychologiques fondamentaux (être reconnu dans une relation, ne pas être abandonné, etc.).

La présence de schémas constitue une donnée humaine universelle (du moins, c'est ce que je pense et crois avoir observé). Les psychothérapeutes ne sont donc pas immunisés contre eux. L'important est d'abord d'en prendre conscience – ils sont plus efficaces dans l'ombre (niveau implicite). Je reviendrai dans un article subséquent sur ce que l'on peut faire avec nos schémas lorsque nous pratiquons la psychothérapie.

Pour poser une question sur la thérapie des schémas au Dr Cousineau, écrivez au journal@iftcc.com.

Dr. Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue, nous offre cette année trois séries de formations :

La thérapie des schémas : Modèle de base à Québec le 16 et 17 mars 2016, à Montréal le 7 et 8 avril ainsi qu'à Gatineau le 19 et 20 mai;

La thérapie des schémas : de la théorie à la pratique à Québec le 18 mars, à Montréal le 15 avril;

ACT, schémas et pleine conscience à Montréal le 14 avril.



Entretien avec Stéphane Bouchard

Par Karyne Bettencourt, Doctorante en psychologie clinique, UQTR

Le Dr Stéphane Bouchard, Ph.D., est professeur de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais. Psychologue clinicien et chercheur prolifique, il se spécialise dans le traitement et l'étude des troubles anxieux et l'utilisation de la réalité virtuelle et de la télépsychothérapie.

Parlez-nous de vos occupations actuelles (p.ex., professeur, psychologue, projet de recherche, etc.).

Je suis professeur à l'Université du Québec en Outaouais depuis 1995. Dès 1990, mes principaux champs d'intérêts en recherche ont commencé à graviter autour de l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) des troubles d'anxiété. Il y a une dizaine d'années, je me suis notamment concentré sur les possibilités d'intégrer efficacement divers outils technologiques dans l'évaluation et dans la TCC des troubles mentaux, dont particulièrement la réalité virtuelle et la télésanté. Mes projets de recherche se déroulent dans le cadre de la Chaire de recherche du Canada en cyberpsychologie, dont je suis le titulaire, et impliquent autant des études expérimentales que des essais cliniques où je teste de nouveaux traitements. J'ai aussi la chance de voir quelques clients comme psychologue en bureau privé, me permettant d'avoir une pratique variée. Je suis aussi entouré d'une belle équipe de collaborateurs, d'employés et d'étudiants.

Comment se traduit votre intérêt pour les troubles anxieux?

Je suis impliqué dans diverses organisations qui œuvrent auprès des gens ayant des troubles d'anxiété ainsi que dans la formation des professionnels qui interviennent auprès de cette clientèle, telle que l'Association Troubles de l'Humeur et d'Anxiété du Québec (ATHAQ) ou l'Association Canadienne des Troubles Anxieux. Je donne des formations depuis près de 20 ans auprès de psychologues et autres intervenants en santé mentale afin qu'ils puissent dépister plus rapidement les troubles d'anxiété, acquérir des grilles d'analyse des mécanismes contribuant le plus au maintien des troubles d'anxiété et savoir comment appliquer les interventions validées empiriquement. Bien que mes travaux de recherche les plus récents portent sur l'usage des technologies, mon parcours montre bien que j'ai dédié ma carrière au traitement des troubles anxieux. J'ai aussi à mon actif plus d'une centaine de publications scientifiques dans ce domaine.

Vous aborderez les cas complexes les 26-27 novembre prochain à Montréal (et 13-14 avril à Québec), qu'entend-t-on par cas complexe ?

Dans la formation des 26 et 27 novembre à Montréal (et 13-14 avril à Québec), je désire aider les psychologues, médecins et psychothérapeutes à appliquer la TCC avec plus de succès auprès des clients pour qui la TCC ne semble pas fonctionner. La formation repose sur six profils de cas que l'on peut qualifier de complexes : (a) ceux pour qui le diagnostic s'avère difficile à poser ou se conjugue avec plusieurs éléments relevant d'autres maladies mentales, (b) ceux avec qui on ne sait pas comment orienter les interventions, (c) les clients qui s'améliorent peu durant la TCC, (d) les troubles d'anxiété dont l'application de la TCC pose des défis en raison de la comorbidité, (e) les cas qui stagnent en raison de problèmes liés à l'adhésion au traitement ou à la motivation, et finalement (f) les personnes qui présentent des situations particulières qui ne cadrent pas avec les cinq facteurs mentionnés précédemment.

Vous offrez une formation sur la réalité virtuelle cette année. D'où vient votre intérêt pour la réalité virtuelle? Serait-ce une passion pour vous?

Je suis passionné depuis une dizaine d'années par le potentiel offert par certaines technologies telles que la réalité virtuelle et la vidéoconférence. J'ai eu la chance d'obtenir une chaire de recherche du Canada pour développer, valider, disséminer et mieux comprendre les mécanismes liés à la cyberpsychologie. On peut notamment plonger les gens dans un univers virtuel grâce à des lunettes 3D et les aider à affronter leurs peurs (dans le cas des troubles d'anxiété), à composer avec leurs pulsions (dans les cas des dépendances), ou pour effectuer des évaluations neuropsychologiques dans des contextes plus écologiques que les outils traditionnels. Ces recherches soulèvent toutes sortes de questions intéressantes à propos du fonctionnement de l'être humain, notamment pour expliquer comment ces technologies peuvent s'avérer efficaces. Les questions vont du fonctionnement des structures cérébrales liées aux émotions jusqu'à la conscience.



Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO

Est-ce que la réalité virtuelle est accessible pour tous (accessibilité, prix, etc.), par exemple pour le psychologue en bureau privé?

Il y a trois principaux freins à l'implantation de cette technologie, soient les coûts liés aux équipements, les coûts liés aux logiciels et l'utilité perçue par les psychologues. Un ordinateur qui satisfait un joueur de jeux sur ordinateur s'avère bien suffisant en termes d'équipement, ce qui rend la technologie enfin abordable. Reste à se procurer les lunettes de réalité virtuelle, qu'on appelle un visiocasque, et le capteur de mouvement qui l'accompagne. Au moment d'écrire ces lignes, il faut déboursier autour de 1000 à 2000\$ pour du matériel de qualité. Mais ces coûts devraient baisser énormément en 2016, avec l'arrivée sur le marché grand public de visiocasques de compagnies comme Oculus (propriété de Facebook), Sony, Samsung, HTC, ou de Vrvana (une compagnie de Montréal). Le coût des logiciels a lui aussi baissé avec les années, rendant ces produits accessibles pour plusieurs cliniques privées, bien que l'offre demeure limitée à une poignée de fournisseurs. Cela va certes changer avec l'arrivée des visiocasques bon marché. Mais à ce moment, il faudra aussi garder un œil critique et considérer les études publiées sur tous ces différents produits. Finalement, la perception des psychologues évolue avec la progression des connaissances. Au début, les recherches portaient surtout sur les phobies spécifiques, ce qui répondait bien aux besoins des chercheurs mais moins à celui des cliniciens. L'utilité de la réalité virtuelle dans le traitement des troubles d'anxiété complexes est de mieux en mieux documentée, ainsi que les avantages liés à la flexibilité des interventions tels que : un plus grand attrait pour les clients, la possibilité de réaliser des interventions plus complètes que ce que l'on peut faire de façon traditionnelle, etc. Pour l'instant, le recours à la réalité virtuelle permet de réaliser des traitements d'efficacité comparable tout en profitant des avantages de la technologie, alors que les études en cours laissent entrevoir des données suggérant que, bientôt, la TCC pourrait s'avérer plus efficace grâce à la réalité virtuelle.

Le Dr Bouchard offrira une journée de formation intitulée *Application clinique de la réalité virtuelle pour les troubles d'anxiété complexes et le jeu pathologique* le 26 février à Montréal et le 15 avril à Québec.

Le Dr Bouchard offrira aussi deux journées de formation intitulées *Thérapie cognitive comportementale des troubles d'anxiété avec les cas difficiles* le 26 et 27 novembre à Montréal et le 13 et 14 avril à Québec.

TED Ideas worth spreading*

Cliquez ici pour visionner un TED Talk du Dr Bouchard

Nos formations à venir



Suite au franc succès de l'an dernier, nous avons le plaisir de recevoir à nouveau les D^{res} **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 Montréal le 9 octobre, à Québec le **29 janvier** et à Gatineau le **29 avril**.

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**.

Comment offrir un traitement cohérent pour la dépression résistante en utilisant les nouvelles approches en TCC? Il s'agit de connaître les forces et les faiblesses des nouvelles approches et de les intégrer aux bases cognitivo-comportementales qui ont fait leurs preuves. Le Dr **Alain Taillefer**, D.Ps., psychologue, proposera l'atelier *Traiter la dépression résistante en utilisant les nouvelles approches cognitivo-comportementales : comment offrir une intervention cohérente ?* À Montréal le **13 novembre**.

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 Québec le **11 décembre**, Montréal le **15 janvier** et à Gatineau le **28 avril**.

Nos formations à venir

Bien que les guides de pratique aient fait leurs preuves, leur application n'est pas toujours aussi simple. Le Dr **Jean Goulet** nous présentera la formation *La TCC « dans la vraie vie! » : de la conceptualisation au traitement de personnes présentant des problématiques multiples*. À Montréal le **18 décembre** et le **3 mars**.

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 1er février, à Montréal le **21 mars** et à Québec le **18 avril**.

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 Montréal les **4-5 février** et à Québec les **21-22 avril**.

En février, Dr **Simon Grégoire**, Ph.D., psychologue, présente la formation *Promouvoir la santé psychologique en milieu de travail à l'aide de l'approche de l'acceptation et de l'engagement (ACT)*. Il présentera les applications des plus récentes approches (ACT, pleine conscience) en milieu de travail. À Montréal le **18 février** et à Québec le **19 février**.

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 Montréal le **26 février** et à Québec le **15 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**.