

Atelier de révision du modèle de  
thérapie comportementale  
dialectique de Marsha Linehan

Thanh-Lan Ngô, M.D.

CLIMA

Aout 2014

# Déclaration des conflits d'intérêt

- Droits d'auteur (Chenelière Education)

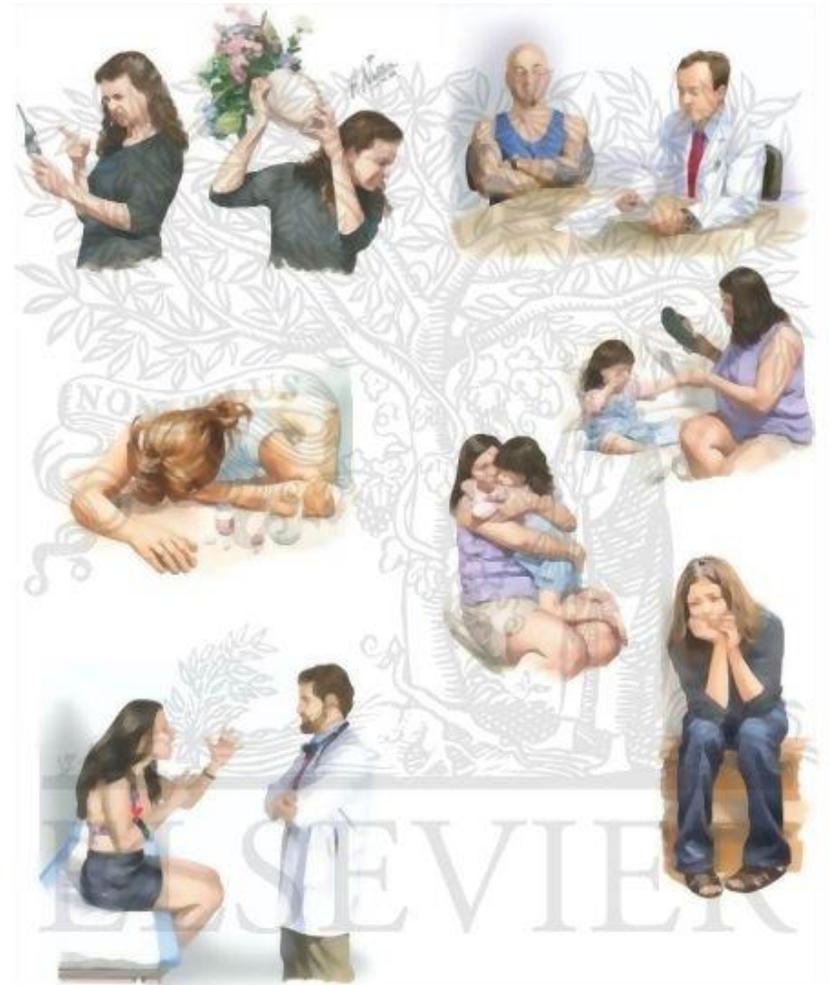
# Objectifs éducationnels

- 1) Résumer la recherche évaluative concernant l'efficacité de la thérapie dialectique comportementale
- 2) Définir la thérapie dialectique comportementale
- 3) Nommer les applications cliniques (exemples d'outils utilisés, démonstrations par les thérapeutes, exercices de méditation de la pleine conscience)

Thérapie dialectique  
comportementale:  
Survол théorique

# Pourquoi traiter les patients avec le TP borderline ?

- Comportements dysfonctionnels chroniques:
  - Automutilations sévères
  - Crises suicidaires ou homicidaires graves
  - Hostilité massive
  - Impulsivité extrême
- Coûts élevés:
  - Utilisation intensive des soins de santé (Sansone, 1996)
  - Fréquence et durée des hospitalisations élevées (Gabbard, 1997)
  - Appellent plus souvent
  - Nombre élevé de prescriptions



# Pourquoi traiter les patients avec le TP borderline?

- **Comorbidité:**

- Dépression majeure (Corruble, 1996; Gunderson, 1991)
- ESPT (Kroll, 1993)
- Trouble anxieux (Hayahi, 1996; Steinert, 1996)
- Trouble alimentaire (Grilo, 1996; Steiger, 1996)
- Abus de substance (Barber, 1996; Morgenstern, 1997)
- Trouble relationnel/conjugal (Dutton, 1996; Gunderson, 1997; Paris, 1995)
- Spectrum bipolaire ? (Akiskal, 1996)

Table	Lifetime comorbidities in patients with BPD <sup>2,3,17</sup>
<b>Most common Axis I comorbidities</b>	
Any mood disorder	96%
MDD	71% - 83%
Any anxiety disorder	88%
Panic disorder	34% - 48%
PTSD	47% - 56%
Alcohol or substance use disorder	50% - 65%
Any eating disorder	7% - 26%
<b>Most common Axis II comorbidities</b>	
Avoidant personality disorder	43% - 47.4%
Obsessive-compulsive personality disorder	18.2% - 25.7%
Dependent personality disorder	16% - 50.7%
Paranoid personality disorder	13.7% - 30.3%

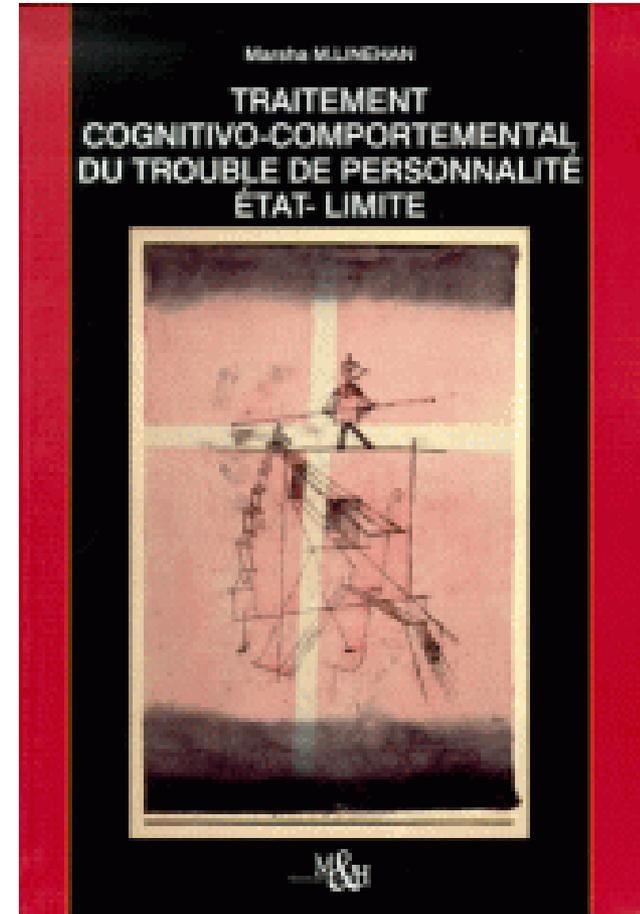
# Pourquoi modifier le traitement ?



- **Axe II complexifie le traitement axe I** (Thase, 1996; Wilson, 1996)
- **Traitement intensif des 2 axes peut permettre prévention de l'hospitalisation** (Hull, 1996)
- **Approches spécifiques développées** (Kernberg, 1994; Linehan, 1993)
- **Bénéfices économiques (réduction des coûts d'hospitalisation, amélioration de l'autonomie)** (Gabbard, 1997)
- **50% des patients mettent fin prématurément au traitement** (Horner, 1996; Marziali, 1994; Smith, 1995)
- **65% mettent fin au traitement uniquement pharmacologique** (Cornelius, 1993)

# Thérapie dialectique comportementale (TDC)

- Comprend:
  - Évaluation diagnostique minutieuse (5-10h)
  - Se particularise selon les troubles comorbides
  - Nécessite formation intensive des intervenants
  - Supervision hebdomadaire des équipes
- Diminue (Linehan, 1993):
  - récurrence des comportements parasuicidaires (60 vs 26%) et des hospitalisations (8.46 vs 38.86 jours pendant la 1ère année de traitement)
  - Taux d'abandon prématuré: 16.4%



# TCD vs traitement usuel (Stoffers, 2012)

- Moins de colère
- Moins d'actes para-suicidaires
- Moins de problèmes de santé mentale
- Mieux que la thérapie centrée sur le client

# Autres indications pour la TCD

- DM résistante: TCD+rx vs rx: diminue la dépression (Harley, 2008)
- Dépression:
  - Augmentation du traitement émotionnel est associé avec la diminution de la dépression pour le groupe de compétence et d'une augmentation de la dépression pour la liste d'attente (Feldman, 2009)
- DM et TPA chez la personne âgée: TCD compétences+coaching+rx vs rx: augmenter la rémission de la DM, diminue la sensibilité interpersonnelle et l'agression interpersonnelle (Lynch, 2007)

# Autres indications pour la TCD

- Femmes emprisonnées avec une histoire de violence: compétences TCD+écrire vs rien: moins de dépression, problèmes interpersonnels, inventaire des sx traumatiques
- Boulimie: TCD+analyse en chaine vs liste d'attente: 89% rémission boulimie vs 56% à 6 mois (Telch, 2001)
- BPD: TCD compétence vs thérapie de groupe: diminue la dépression, anxiété, irritabilité, colère (Soler, 2009)
- Étudiants universitaires avec un problème de boisson: TCD-basics: diminution des problèmes de boisson, pic de poisson, coping drinking, amélioration de la dépression et de la régulation des émotions, amélioration des problèmes de boisson via l'amélioration de la régulation des émotions, de l'humeur et diminution du « coping drinking » (Whiteside, 2010)

# Autres indications pour la TCD

- TCD<liste d'attente: hyperphagie boulimique (Telch, 2001)
- TCD<liste d'attente: hyperphagie boulimique/purge (Safer, 2001)
- TCD>rx: rémission de la dépression (Lynch, 2003)
- TCD<TU: dépression (Harley, 2008)
- TCD <TU: dépression, anxiété, irritabilité, colère (Soler, 2009)

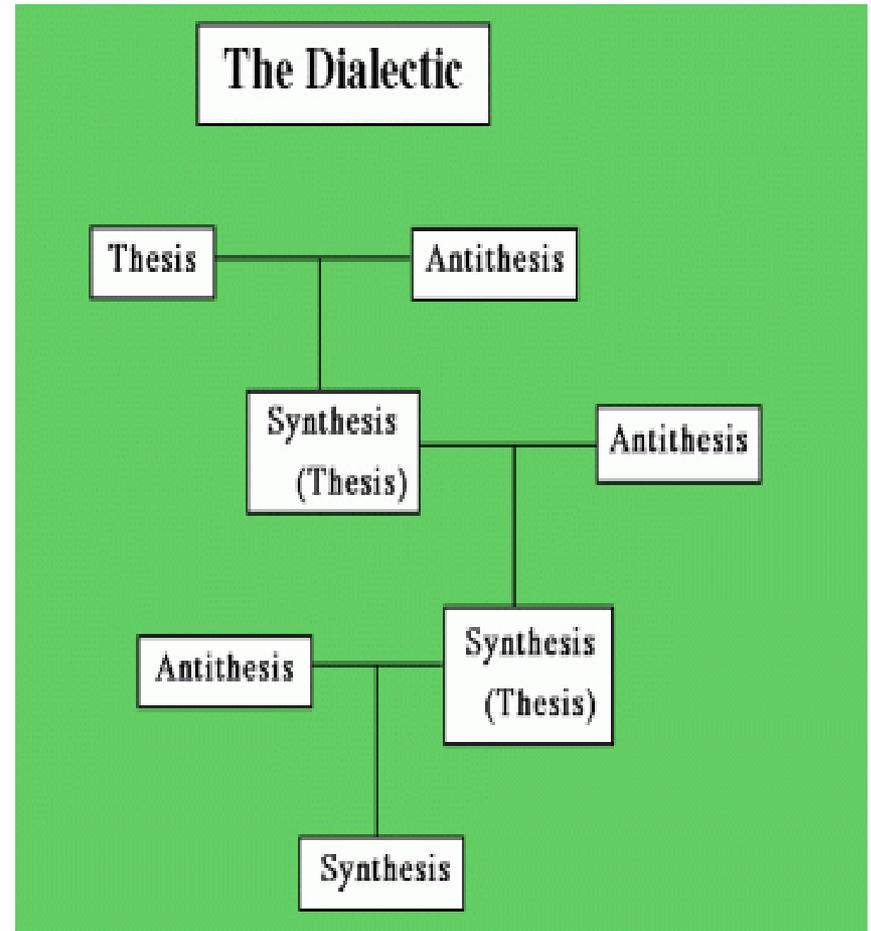
# Historique

- Milieu des années 80
- Université de Washington
- Mettent sur pied un programme pour les femmes avec un comportement parasuicidaire et TP limite:
  - 74% des TP limite sont des femmes
  - Blessures intentionnelles et TS plus fréquentes chez les femmes (Hankoff, 1979; Bancroft, 1977)



# Cadre théorique: Interrelation dialectique

1. **L'identité est relationnelle**
2. **La réalité est faite d'opposition**
3. **Le changement est continuels au sein de cette opposition**

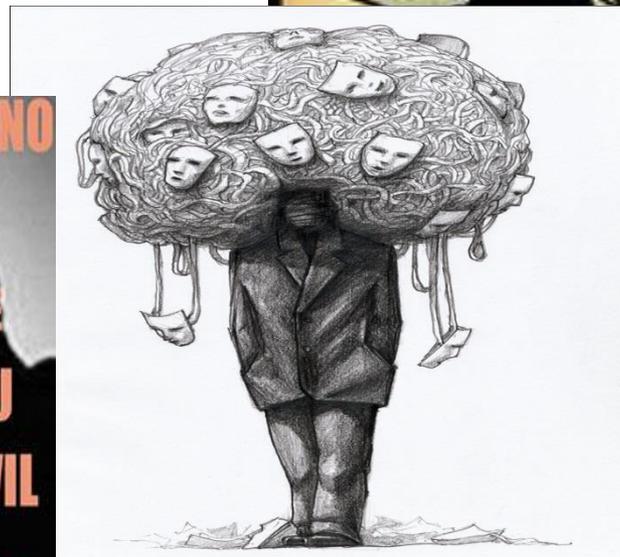


# DBT's Dialectical View



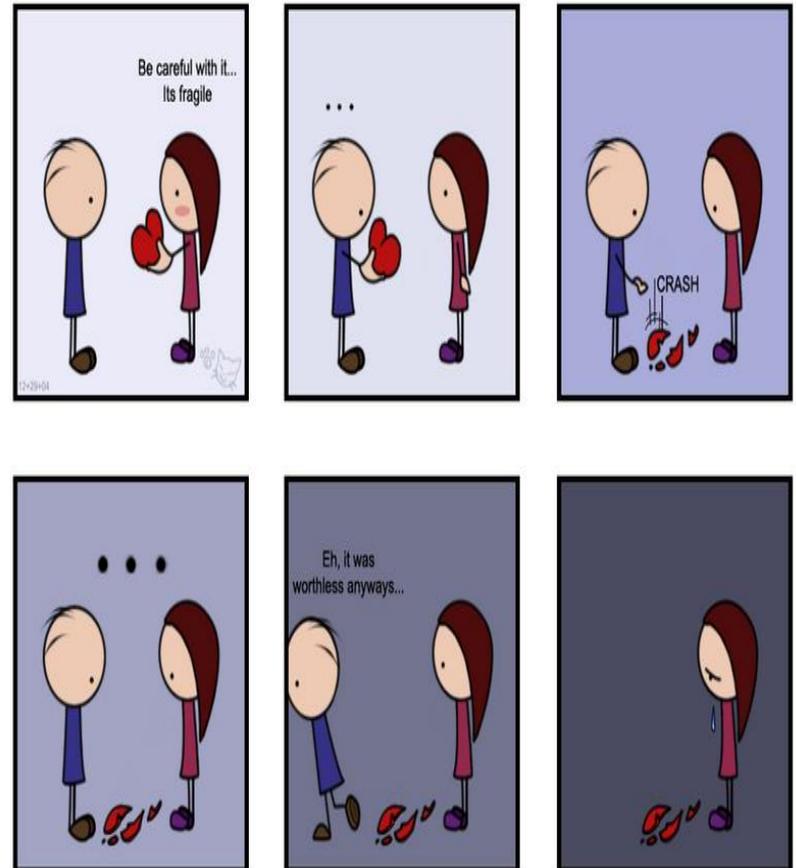
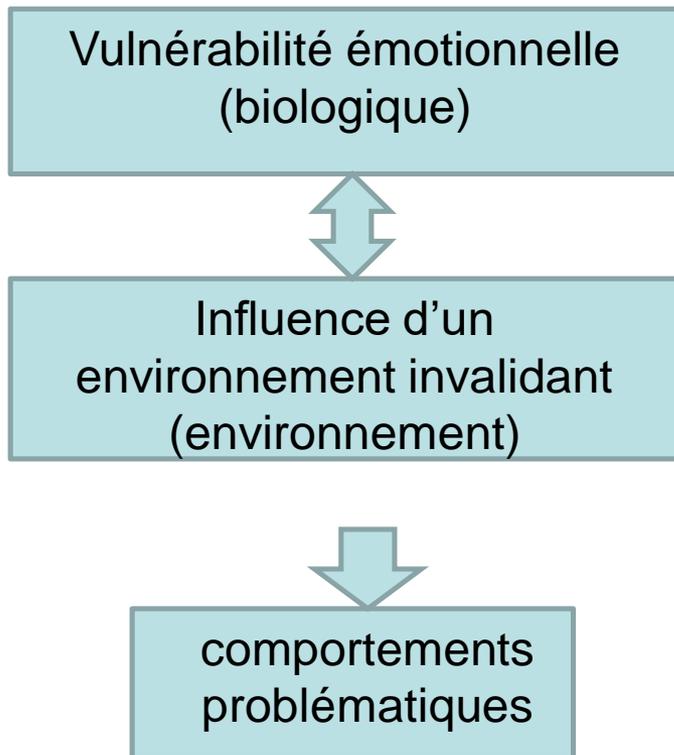
# Échec dialectique dans le TPL

1. Clivage et rigidité
2. Identité perturbée
3. Isolement interpersonnel et aliénation



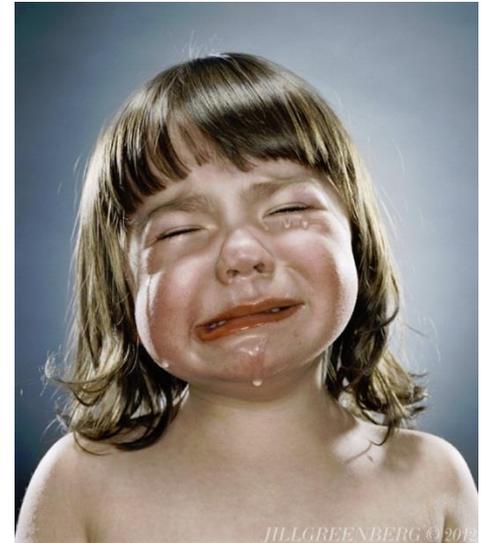
# Théorie biosociale

- Dysfonction du système de régulation des émotions:



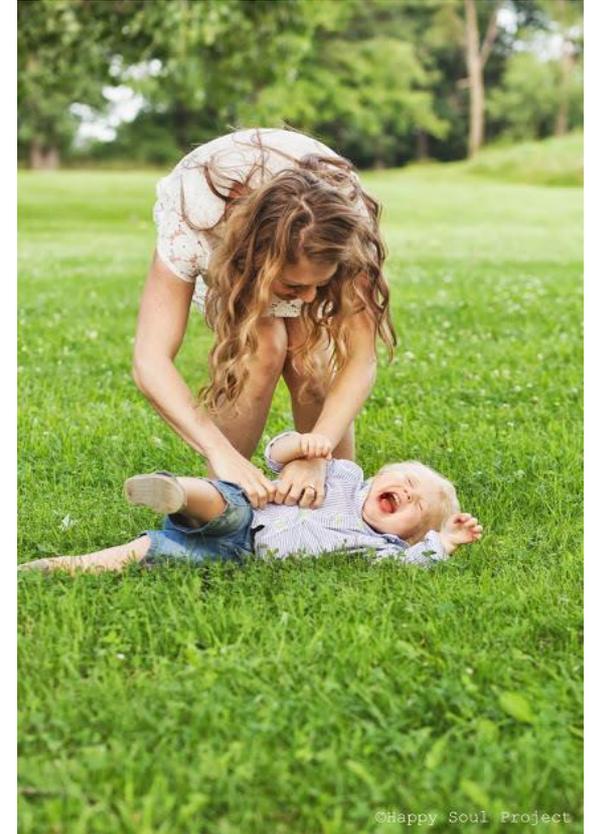
# Vulnérabilité émotionnelle

- Causes: expériences intra-utérines ou traumatisme au système nerveux central
- Plus sensibles aux stimuli émotionnels
- Éprouvent et expriment plus intensément les émotions ressenties
- Retour plus lent au niveau de base lorsque l'éveil émotionnel a été déclenché



# Environnement social idéal

- Environnement idéal permet de:
  - Calmer l'éveil physiologique (observation, contrôle de l'attention)
  - Inhiber le comportement inapproprié (respiration, retrait)
  - Guider son attention loin des déclencheurs émotionnels (activités plaisantes, méditation)



# Environnement social invalidant

- Réponse extrême, inapproprié, erratique, à l'expression des pensées, jugement, émotions
- Minimisation de la difficulté à résoudre les problèmes
- N'apprend pas à:
  - Etiqueter et réguler ses émotions
  - Tolérer les émotions intenses de détresse
  - Considérer que ses propres réactions émotionnelles reposent sur une interprétation valide de l'événement
  - Se fixer des buts et des idéaux adéquats
- Ex: milieu sexiste, familles chaotiques, exigence de performance de surface en niant les tensions affectives réelles
- Abus sexuel:
  - Apprend qu'il ne peut faire confiance à ce qu'il ressent ni faire des demandes d'aide car il sera puni

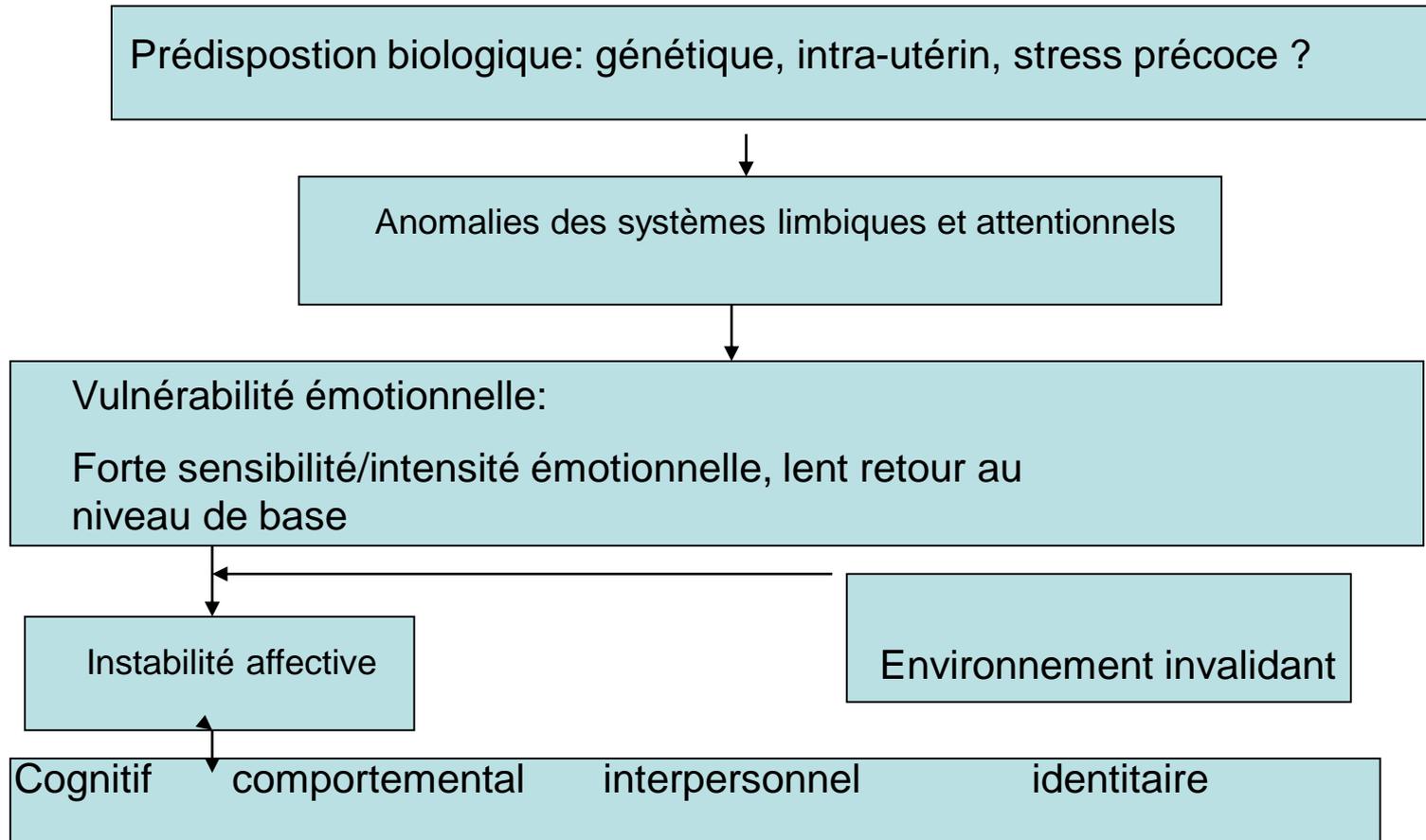


# Environnement social invalidant

- A l'âge adulte: reproduit l'environnement invalidant
  - Discrédite sa propre expérience émotionnelle
  - Recherche dans l'environnement des indices pouvant guider ses comportements
  - Minimise la difficulté à résoudre des problèmes (sursimplifie les problèmes)
  - Se fixe des objectifs irréalistes
  - Se déteste car ne réussit pas à atteindre les buts fixés préalablement
  - N'arrive pas à mobiliser autrui autrement que par des manifestations émotives extrêmes
  - Attribue ses échecs à un manque de discipline, d'efforts ou de volonté à maintenir une attitude positive



# Dérèglement du système de régulation des émotions



# Cibles: principaux déficits

Emotionnel:  
réponses intenses,  
périodes de dépression,  
anxiété, irritabilité,  
colère intenses

Interpersonnel:  
difficulté à créer et maintenir  
des relations significatives,  
fournissent efforts intenses  
pour éviter l'abandon



Comportemental:  
comportements  
impulsifs

Cognitif:  
dépersonnalisation,  
dissociation,  
hallucination,  
rigidité cognitive,  
pensée dichotomique

Identitaire:  
se sentir vide/ennui,  
ne pas savoir qui on est,  
incapacité d'être seul

# Buts de la thérapie

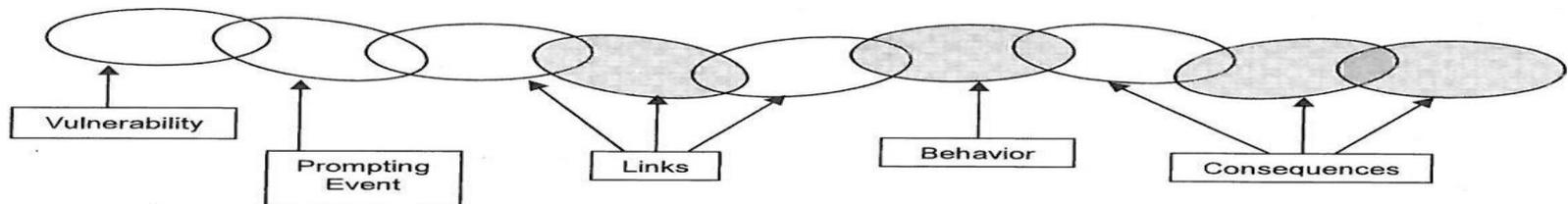
- Moduler l'émotivité extrême et réduire comportements inadaptés
- Faire confiance et valider ses propres émotions, pensées et activités
- Augmenter son autorégulation
- Tolérer la détresse émotionnelle jusqu'au changement
- Se centrer pour vivre les émotions et éviter l'inhibition émotionnelle

# Postulats de base

- La personne est incapable de réguler les émotions
- Les comportements dysfonctionnels sont une tentative de réguler les émotions ou la conséquence d'une régulation inefficace des émotions
- La personne fait de son mieux
- Elle veut s'améliorer
- Elle a besoin de faire mieux, d'essayer davantage, d'être plus motivée au changement
- Elle n'a peut être pas causé les problèmes mais doit les régler
- Sa vie est insoutenable telle que vécue présentement
- Elle doit apprendre de nouveaux comportements dans toutes les sphères de son fonctionnement
- Elle ne peut échouer en thérapie
- Le thérapeute a besoin du soutien actif des collègues
- Attitude de respect et d'acceptation (vs traiter le patient de manipulateur)

# Analyse comportementale

- Comportements observés:
  - Public et observable (actions)
  - Privé (pensées, sentiments, souvenirs, valeurs)
- Analyse comportementale:
  - Décrire la situation:
    - Identifier les facteurs de vulnérabilité (manque de sommeil/exercice, abus de rx, drogues)
    - Identifier les comportements problématiques (pertes, accidents, querelles)
  - Lien entre les événements et les comportements (analyser chaque pensée, émotion, comportement en ordre chronologique)
  - Conséquences du comportement (réactions immédiates et ultérieures au comportement de la patiente)
  - Prévenir comportement dysfonctionnel et explorer comportement alternatif



# Analyse comportementale

- Explorer s'il s'agit:
  - D'un manque d'habileté: via jeu de rôle ou analyse des situations réelle (enseigner via groupe d'entraînement aux habiletés et thérapie individuelle)
  - Inhibition des habiletés de la patiente dont la cause est soit des:
    - Contingences de renforcement (mieux comprendre et gérer les facteurs renforçateurs)
    - Émotions douloureuses intenses (stratégies d'exposition à la peur, culpabilité, honte, colère)
    - Fausses croyances (restructuration cognitive)
- Ne pas s'attendre à ce que la patiente puisse généraliser immédiatement mais considérer que la patiente pourra devenir plus efficace

# Hiérarchie des cibles comportementales

1. Pré-traitement (orientation, engagement)
2. Stabilité, sécurité et alliance thérapeutique
3. Exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques
4. Synthèse, respect de soi, objectifs personnels

# Pré-traitement (orientation, engagement)

- Patient se familiarise avec le style personnel du thérapeute, ses compétences professionnelles et ses objectifs de traitement
- Thérapeute:
  - Recueille information (questionnaires, entretiens structurés, semi-structurés, observation des attitudes)
  - Modifie les attentes et croyances irréalistes qui pourraient nuire à la thérapie/mener à l'abandon
- Décident s'ils peuvent travailler ensemble
- Engagement de la patiente:
  - Thérapie d'un an
  - Diminuer comportements suicidaires et parasuicidaires
  - Diminuer comportements qui interfèrent avec le cours de la thérapie
  - Se présenter aux séances prévues
  - Participer au groupe d'entraînement aux compétences
  - Respecter les conditions de recherche
  - Respecter les modes de paiement
- Engagement du thérapeute:
  - Efforts raisonnables pour conduire la thérapie de façon compétente
  - Respecter code de déontologie
  - Respecter intégrité et droits
  - Participer à un groupe de consultation

# Phase 1: stabilité, sécurité, alliance thérapeutique

- But: bâtir une relation stable, viser changements en assurant sécurité physique et bien être de la patiente
- Hiérarchie des cibles:
  - Diminuer la fréquence des comportements:
    1. Suicidaires et parasuicidaires
    2. Qui interfèrent avec la thérapie
    3. Qui interfèrent avec la qualité de vie
    4. Enrichir le répertoire d'habiletés comportementales:
      - Centration
      - Régulation des émotions
      - Tolérance à la détresse
      - Efficacité interpersonnelle
- 12-24 mois
- Donne les outils nécessaires pour entreprendre une thérapie conventionnelle
- Passe d'un état de désespoir destructeur à moins destructeur (Koerner, 1996)

# Phase 2: exposition et examen des émotions liées au passé et aux événements traumatiques

- Trauma: abus sexuel, négligence grave, violence physique, viol etc..
- Objectifs:
  1. Reconnaître et accepter la réalité de l'abus et du trauma
  2. Réduire la part de blâme qu'on s'attribue, stigmatisation, comportements d'invalidation de soi
  3. Diminuer les réponses de stress extrême
  4. Effectuer la synthèse des représentations dichotomiques de l'abus

# Phases 3 et 4: synthèse, respect de soi, objectifs personnels

- Développer la capacité de ressentir de la joie durant une période prolongée
- Tâches:
  - Intégrer le passé, le présent et le futur
  - Intégrer les visions contradictoires de soi et d'autrui
  - Accepter la réalité telle qu'elle est

# Modes de traitement

1. Thérapie individuelle
2. Groupe d'entraînement aux habiletés
3. Consultation téléphonique
4. Rencontre hebdomadaires de consultations pour les thérapeutes
5. Traitement auxiliaire

# Dilemmes dialectiques

Patiente oscille entre 2 pôles:

1. Patiente: conviction que l'environnement ne comprend pas sa vulnérabilité (vulnérabilité émotionnelle) vs qu'elle est inadéquate (auto-invalidation)

Thérapeute: acceptation inconditionnelle de la vulnérabilité (supporter) vs utilisation prématurée de stratégies de changement (corriger)

2. Patiente: sollicite activement l'environnement pour être prise en charge (passivité active) vs montrer qu'elle est plus compétente qu'elle ne l'est pour alléger le fardeau d'autrui (compétence apparente/difficulté à demander l'aide)

Thérapeute: n'exige pas assez car la considère comme fragile (donne trop) vs attend trop de la patiente

3. Patiente: crises perpétuelles face à des pertes concrètes vs inhiber l'expression des émotions vécues (deuil inhibé)

Thérapeute: l'aide à exprimer ou moduler ses émotions, travaille en profondeur vs éteint les feux

Thérapeute aide la patient à être consciente de cette oscillation et favorise la synthèse des pôles



# Stratégies dialectiques

- Aider la patiente et le thérapeute à explorer le continuum de leurs points de vue
- Viser l'équilibre entre l'acceptation et le changement
  1. Entrer dans le paradoxe
  2. Métaphores
  3. Extrapolation
  4. Faire de la limonade avec des citrons
  5. L'avocat du diable
  6. Permettre le changement naturel dans l'environnement thérapeutique
  7. Activation de la sagesse intérieure
  8. Évaluation dialectique

# Stratégies de base: validation

- Communiquer que le comportement fait sens compte tenu du contexte actuel
- 6 degrés:
  1. Observer et écouter de façon non biaisée
  2. Réfléter les propos
  3. Hypothèses sur les pensées et les sentiments non exprimés
  4. Valider le discours (via apprentissage passé ou biologie)
  5. Valider le discours en référant à des événements actuels, tout en faisant ressortir la partie adaptée du comportement et l'influence négative de l'environnement
  6. Authenticité radicale du thérapeute: reconnaître la douleur de la patiente encourager (félicite, rassure, fait de son mieux).  
« cheerleading »

# Stratégies de base: résolution de problème

- Identifier et définir le problème ou les patrons comportementaux (analyse comportementale)
- Générer plusieurs solutions
- Les évaluer une à une
- Choisir une solution
- Mettre en application (ex. enseignement d'habiletés, jeux de rôle) dans un laps de temps donné

# Équilibre entre:

- l'acceptation qui peut générer l'impuissance/l'incompréhension
- le changement qui peut envoyer le message qu'elle est inadéquate et qu'elle doit tout changer



# Stratégies stylistiques

- Vise l'équilibre du style de communication du thérapeute (ex. ton de voix, vitesse du discours, intensité du propos)
- 2 classes:
  - Communication réciproque: engagement chaleureux, écoute de la patiente, dévoilement de soi permis, équilibre le pouvoir et renforce la relation
  - Communication irrévérencieuse: s'il y a impasse, attire l'attention de la patiente et l'aide à comprendre la situation sous un angle différente, modifie la réponse affective perçue

# Stratégies de gestion de cas

1. Consultation auprès de la cliente: doter la patiente des habiletés nécessaires pour interagir avec son environnement
2. Intervention environnementale: si la patiente est mineure ou en danger pour sa vie
3. Consultation des thérapeutes: aider le thérapeute à demeurer dialectique en soulignant les progrès, en encourageant le thérapeute, en le conseillant

# Conclusion

- S'inspire de la TCC traditionnelle:
  - Évaluation (questionnaires, entrevues semi structurées)
  - Analyse comportementale
  - Résolution de problème
  - Exposition
  - Enseignement d'habiletés
  - Jeux de rôle
  - Restructuration cognitive
  - Renforcement de comportements efficaces et punition des comportements inacceptables
- Emphase sur:
  - La philosophie dialectique avec acceptation radicale de la patiente
  - Les comportements qui interfèrent avec la thérapie
  - La relation thérapeutique: renforcement puissant, ce qui peut garder la patiente en vie
  - La hiérarchie des objectifs de traitement
  - Les problèmes actuels
  - Dilemmes dialectiques (représentations de soi et d'autrui partielles et contradictoires)

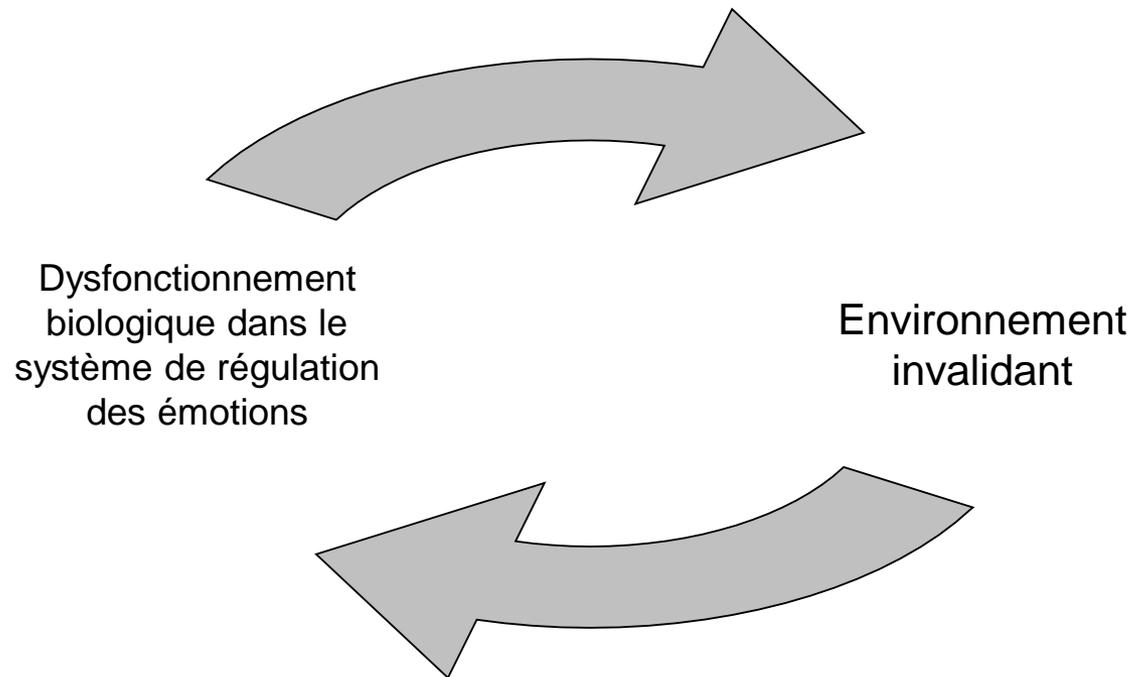
# Thérapie dialectique comportementale: groupe d'entraînement aux compétences

Thanh-Lan Ngô, M.D., psychiatre

2014

Session 1:  
psychoéducation: introduction au  
modèle de dysrégulation  
émotionnelle

# Dysrégulation émotionnelle



# Dysfonctionnement biologique dans le système de régulation des émotions

- Un dérèglement d'une partie du système de régulation émotionnelle peut provoquer une vulnérabilité émotionnelle et des difficultés dans la gestion des émotions.
- **Difficulté à réguler les émotions**
  1. Difficulté à inhiber les actions mal adaptées et dépendantes de l'humeur.
  2. Difficulté à apaiser soi-même les réactions corporelles liées aux émotions fortes.
  3. Difficulté à recentrer son attention en présence d'une émotion intense.
  4. Difficulté à planifier l'action en fonction de ses objectifs, et non en fonction de l'humeur.

# Environnement invalidant

## 1. Rejette la communication des expériences personnelles :

L'individu apprend à :

Invalider les émotions ressenties.

Observer les autres pour savoir comment penser, ressentir, réagir.

Et n'apprend pas à :

Nommer ses expériences et ses émotions.

Quand faire confiance à ses émotions en tant qu'interprétations valides des événements.

Gérer ses émotions efficacement.

## 2. Punit l'expression des émotions et renforce de manière irrégulière et inappropriée les émotions intenses :

L'individu apprend à :

Osciller entre inhibition émotionnelle et déshinhibition totale (émotions extrêmes).

Et n'apprend pas à :

Exprimer avec précision ses émotions.

Communiquer sa douleur efficacement.

## 3. Sur-simplifie les buts à atteindre et la capacité à résoudre les problèmes :

L'individu apprend :

À utiliser la punition plutôt que la récompense dans l'atteinte d'un objectif.

Haine de soi s'il n'atteint pas l'objectif.

Avoir des standards perfectionnistes.

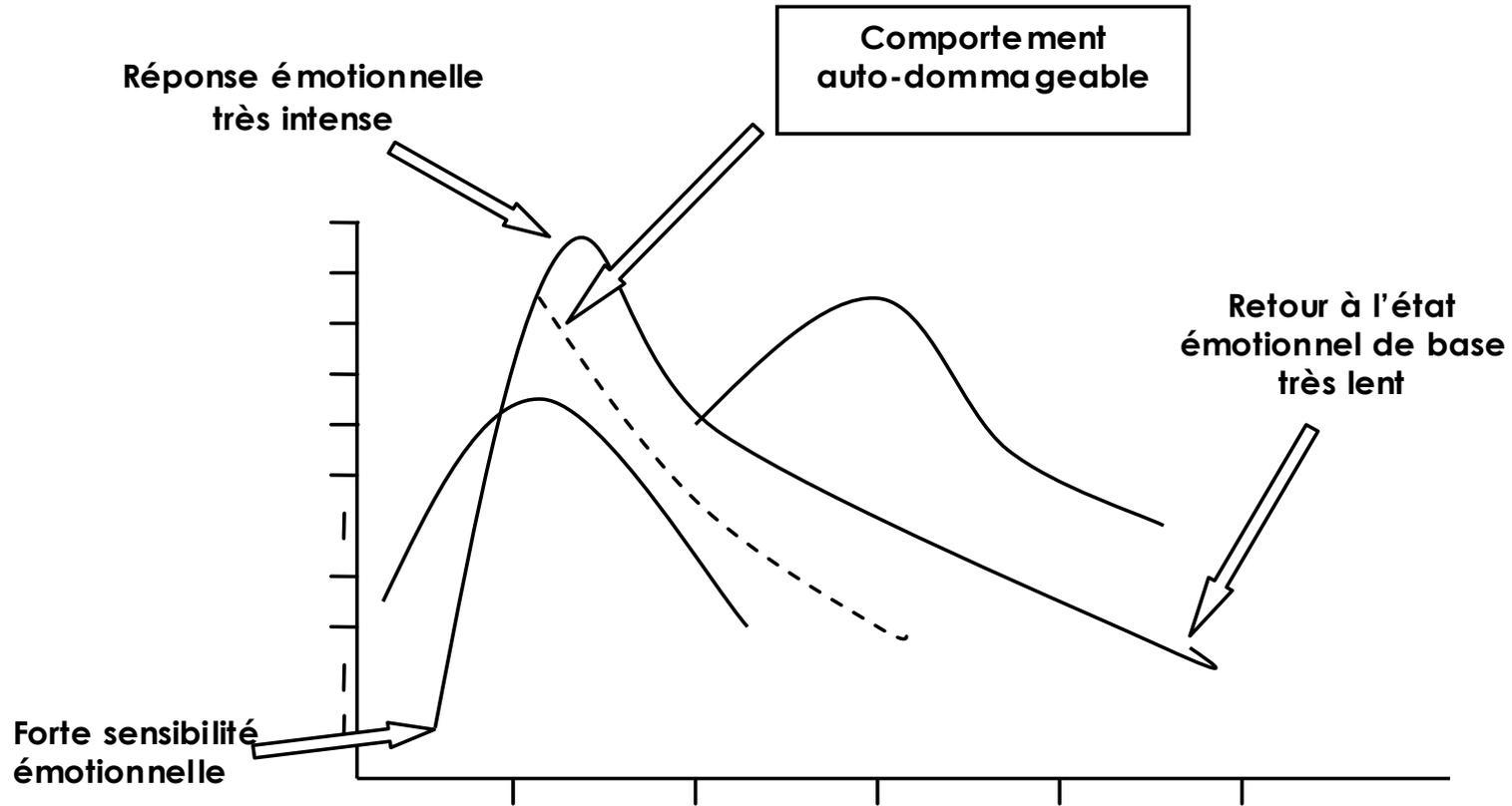
L'individu n'apprend pas à :

Tolérer les émotions de détresse.

Se fixer des objectifs et des attentes réalistes.

Résoudre les problèmes.

# Vulnérabilité émotionnelle



# DBT Skills Training

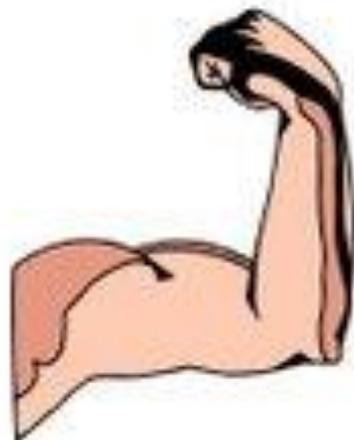
CORE MINDFULNESS \* EMOTION REGULATION \*  
DISTRESS TOLERANCE \* INTERPERSONAL EFFECTIVENESS

Taught in skills groups



Developed  
over time

Like building  
muscles



Will eventually become  
integrated into everyday  
life

# Thérapie dialectique comportementale

- **Pleine conscience:**
  - Connaissance de soi
  - Conscience des symptômes
  - Concentration
  - Mémoire
  - Contrôle des pensées
- **Tolérance à la détresse:**
  - Utiliser des stratégies d'adaptation saines
  - Aspects positifs des relations
  - Estime de soi
- **Régulation des émotions:**
  - Accepter les émotions
  - Stabilité de l'humeur
  - Contrôle des émotions
- **Efficacité interpersonnelle:**
  - Faire en sorte que les autres nous donnent ce qu'on requiert
  - Soutien des proches

# Qu'est-ce que la pleine conscience ?

- **C'est vivre intentionnellement avec la conscience du moment présent**
- **Sans juger ou rejeter le moment présent**
- **Sans rester «attaché» au moment présent**



Session 2:  
régulation des émotions par les  
stratégies d'auto-soins pour  
diminuer la vulnérabilité  
émotionnelle

# Régulation des émotions: objectifs

- Comprendre vos propres émotions
- Diminuer la fréquence des émotions non souhaitées
- Réduire votre vulnérabilité émotionnelle
- Diminuer la souffrance émotionnelle

# Prenez soin de votre esprit en prenant soin de votre corps

- **P:** prenez
- **L:** le temps de bien dormir
- **E:** évitez drogue et alcool
- **A:** alimentation équilibrée
- **S:** soignez vos maladies physiques
- **E:** exercices physiques

**The Formula for Good Health**

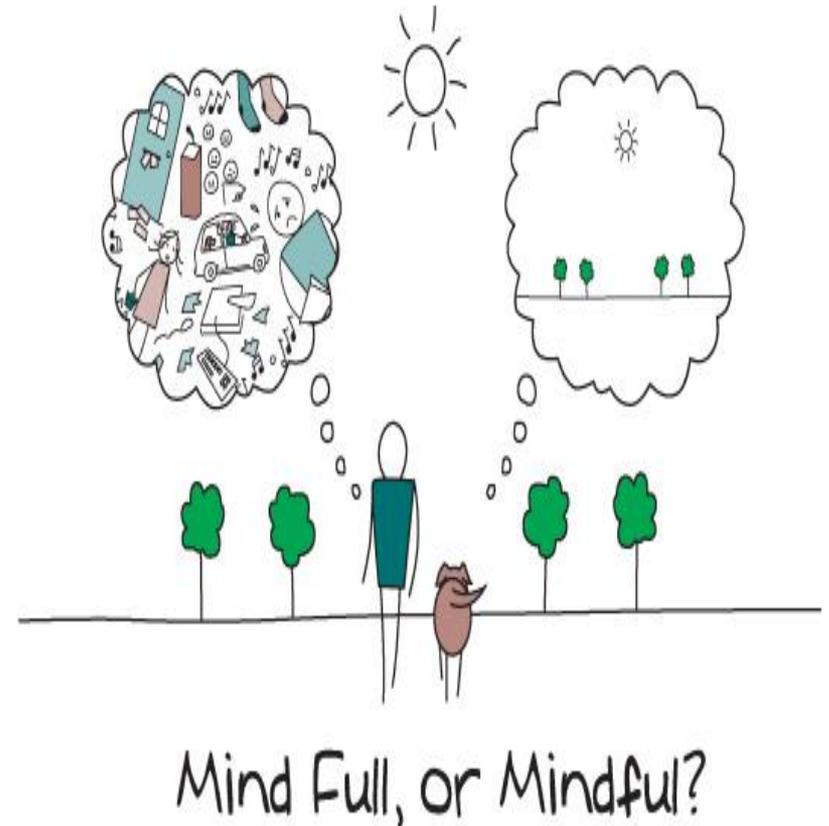
	<b>0</b>	Cigarettes	<input type="checkbox"/>
	<b>5</b>	Servings of fruits and vegetables per day	<input type="checkbox"/>
	<b>10</b>	Minutes of silence, relaxation or meditation per day	<input type="checkbox"/>
	<b>30</b>	Body Mass Index < 30 kg/m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>
	<b>150</b>	Minutes of exercise per week (e.g., brisk walking or equivalent)	<input type="checkbox"/>

Place a ✓ for what you already do and an X for what you commit to working on.

 Canadian Public Health Line  
1-877-313-8235

# Accumulez les émotions positives maintenant (documents 15 et 16, devoir 11)

- Choisir des expériences positives maintenant
- Soyez pleinement conscients des expériences positives
- Laissez vos soucis de côté



# ABC

- **A:** Accumulez des émotions positives pour le futur: construire une vie qui vaut la peine d'être vécue (document 17, 18; devoir 12, 12a/b)
- **B:** Bâissez votre maîtrise
- **C:** Comme si vous y étiez: faire face aux situations émotionnelles difficiles

# Accumulez des émotions positives pour le futur: construire une vie qui vaut la peine d'être vécue (document 17, 18; devoir 12, 12a/b, 14)

1. Éviter d'éviter
2. Identifier une valeur importante
3. Identifier quelque buts
4. Identifier un but sur lequel travailler maintenant
5. Avantages et désavantages
6. Premier pas



# Valeurs: selon mon esprit sage, une priorité dans ma vie est... (doc 18)

- Prendre soin de mes relations interpersonnelles
- Faire partie d'un groupe
- Sentir que j'ai du contrôle et que je peux influencer les autres
- Accomplir les choses
- Vivre une vie plaisante et satisfaisante
- avoir une vie remplie de choses stimulantes, de relations, d'événements
- Agir de façon respectueuse
- Être autonome
- Être une personne spirituelle
- Être en sécurité
- Reconnaître le bon, le bien universel en toute chose
- Contribuer à la communauté
- Travailler à mon développement personnel, à me développer davantage
- Être intègre

# Bâtir sa maîtrise et ses compétences pour les situations émotionnelles (document 19, devoirs 13/14)

- Bâtissez votre maîtrise:

- Planifier une chose par jour
- Difficile mais possible
- Augmenter graduellement le niveau de difficulté



- Comme si vous y étiez:

faire face aux situations émotionnelles difficiles:

- Décrivez la situation
- Choisir une compétence à utiliser
- Vous imaginer en train d'y faire face
- Relaxation après la pratique



# Session 3: pleine conscience

# Pleine conscience: objectifs

- Réduire la souffrance et augmenter le bonheur
- Augmenter le contrôle de l'esprit
- Voir la réalité telle qu'elle est

# Esprit sage (document 2, devoir 1)



# QUOI ?

(document 6, 9, 10, 11, devoir 4a)

- Observer
- Décrire
- Participer



# Comment?

(Doc 7, 12, 13, 14, Devoir 5a)

- Sans jugement
- Une chose à la fois
- De façon efficace



Sessions 4 et 5:  
Tolérance à la détresse:  
Sans jugement et acceptation  
radicale

# Tolérance à la détresse: objectifs

- Utiliser des stratégies d'adaptation saines
- Aspects positifs des relations
- Estime de soi

# Impact du jugement

(devoir auto-observation des jugements)

- Amplifie les émotions
- Diminue l'estime personnelle, augmente la dépression et l'anxiété
- Rétroaction vague
- Quoi faire:
  - Observer
  - Phrase neutre
  - Éviter les raccourcis
  - Quelle est l'émotion à exprimer ?



# Acceptation radicale (document 2-8 et devoir 1, 3a)

- Acceptation radicale
- Changer d'état d'esprit
- Ouverture et volonté
- Pleine conscience des pensées
- Demi-sourire



"You kids are making 'the radical acceptance of now' very, very difficult!"

# Acceptation radicale (doc 3 et 4, devoir 1)

- Acceptation:
  - Reconnaître ce qui est
  - Vérité complète
  - Ne pas se battre contre la réalité
- Acceptation radicale: du plus profond
- N'est pas:
  - Approbation
  - Passivité
  - Résistance au changement



# Acceptation radicale (doc 3 et 4, devoir 1)

1. À voix haute
2. Pensée+concentration sur les sensations corporelles
3. Imaginer croire
4. Réviser en détail
5. Détendre son corps
6. Imaginez ce que vous faites si vous y croyez
7. Agir comme si on avait accepté
8. Ouvert aux conséquences du fait que la réalité est comme elle est
9. S'ouvrir à la déception, la tristesse, le ressentiment



# Changer d'état d'esprit (doc 5, devoir 2)

- Choix d'accepter ou rejeter la réalité (faire les pour/contre)
- Engagement
- Le faire encore et encore
- Laisser aller le découragement, la honte et la culpabilité



# Ouverture et volonté (doc 6, devoir 2)

- Prêt à faire seulement ce qui est nécessaire, sans réserve
- Écouter l'esprit sage
- Faire pleinement partie de la réalité
- Remplacer l'obstination:
  - Regarder le train passer
  - Abandonner
  - Ne pas faire ce qui fonctionne
  - Réparer toutes les situation
  - Refuser de tolérer la réalité
  - Être en contrôle
  - Moi, moi, moi, maintenant



# Pleine conscience des pensées (doc 7, devoir 4)

- Observer les pensées:
  - Noter
  - prendre du recul
  - transitoires
- Pratiquez-vous à tolérer vos pensées:
  - éviter de retenir, chasser, analyser, juger.
  - Volonté et ouverture
- Vous n'êtes pas vos pensées:
  - Éviter d'agir
  - Se rappeler des pensées différentes
  - catastrophe=esprit émotionnel
- Pensée répétitive:
  - Voix haute
  - Chantez
  - Images (son, couleur, animal)



# Demi-sourire (doc 8)

- Relaxez votre visage, du haut de votre front jusqu'au menton
- Laissez les 2 coins de vos lèvres remonter légèrement
- Expression faciale sereine
- Quand:
  - au lever
  - temps libres
  - Musique
  - Irrité
  - Allongé
  - Assis
  - En regardant une personne détestée



## Session 6:

Tolérance à la détresse:

Stratégies de survie aux crises  
(document 1, devoir: stratégies  
de survie aux crise)

# Le sage accepte: se distraire des événements émotionnels

- **A**ctivités
- **C**ontribution
- **C**omparaisons
- **É**motions
- **S**'échap**P**er
- **c**ogni**T**ions
- **s**Ensations



# Changer votre température corporelle (REE)

- **Relaxation**
- **Eau glacée**
- **Exercices physiques intenses**



# Apaisement des 5 sens

- Ouïe
- Toucher
- Goût
- Vue
- Odorat



# Amélioration du moment présent (improve)

- Imagerie mentale
- Maintien du sens
- Prière
- Relaxation
- Concentration sur une chose à la fois
- Vacances
- Encouragement



# Les pour et les contre

Tolérer la détresse	
pour	contre
Ne pas tolérer la détresse	
pour	contre

Sessions 7 à 9:  
régulation des émotions

# A quoi servent les émotions?

(doc 3, devoir 2/2a)

- Motivation pour l'action
- Communication aux autres
- Communication à moi-même



# Qu'est-ce qui complique la régulation des émotions ? (doc 4)

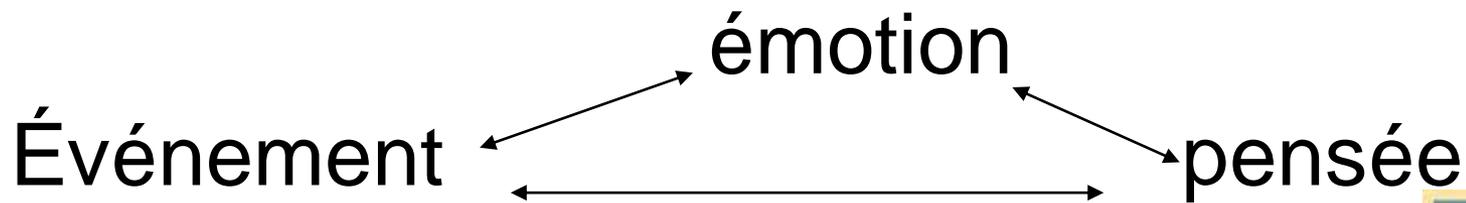
- Biologie
- Manque d'habiletés
- Renforcement des comportements reliés aux émotions fortes
- Votre humeur
- Surcharge émotionnelle
- Fausses croyances à propos des émotions (doc 4a)

# Observer et décrire les émotions (document 6, devoir 4)

- Événements précipitants
- Facteurs de vulnérabilité
- Interprétation
- Ressentir:
  - Changement corporels
- désir d'action
- Exprimer:
  - Verbal
  - Non verbal
  - Action
- répercussions



# Vérifier les faits (doc 8, devoir 6)



1. Identifier l'émotion
2. Événement: faits vs jugements
3. Interprétations
4. Danger: probabilité, autres issues
5. Catastrophe: et puis après, faire face
6. Intensité de l'émotion correspond au fait?



# Action contraire (doc 10, devoir 8)

- À utiliser si: émotion n'est pas justifiée par les faits ou n'est pas efficace
- Exemples:
  - Peur...quitter/éviter...aller vers /ne pas éviter
  - Colère...attaquer...éviter gentiment/être gentil
  - Tristesse...se retirer/s'isoler...actif
  - Honte...se cacher/éviter...se confier



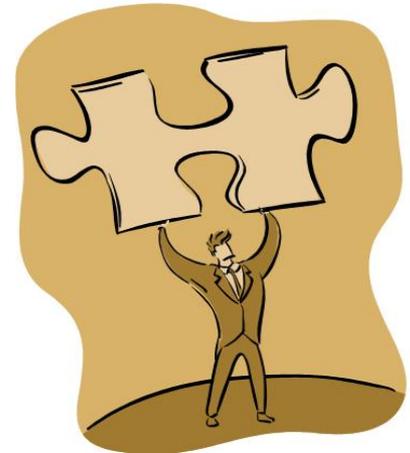
# Action contraire

- Identifiez l'émotion
- Vérifiez les faits
- Identifiez votre désir d'action
- Action contraire

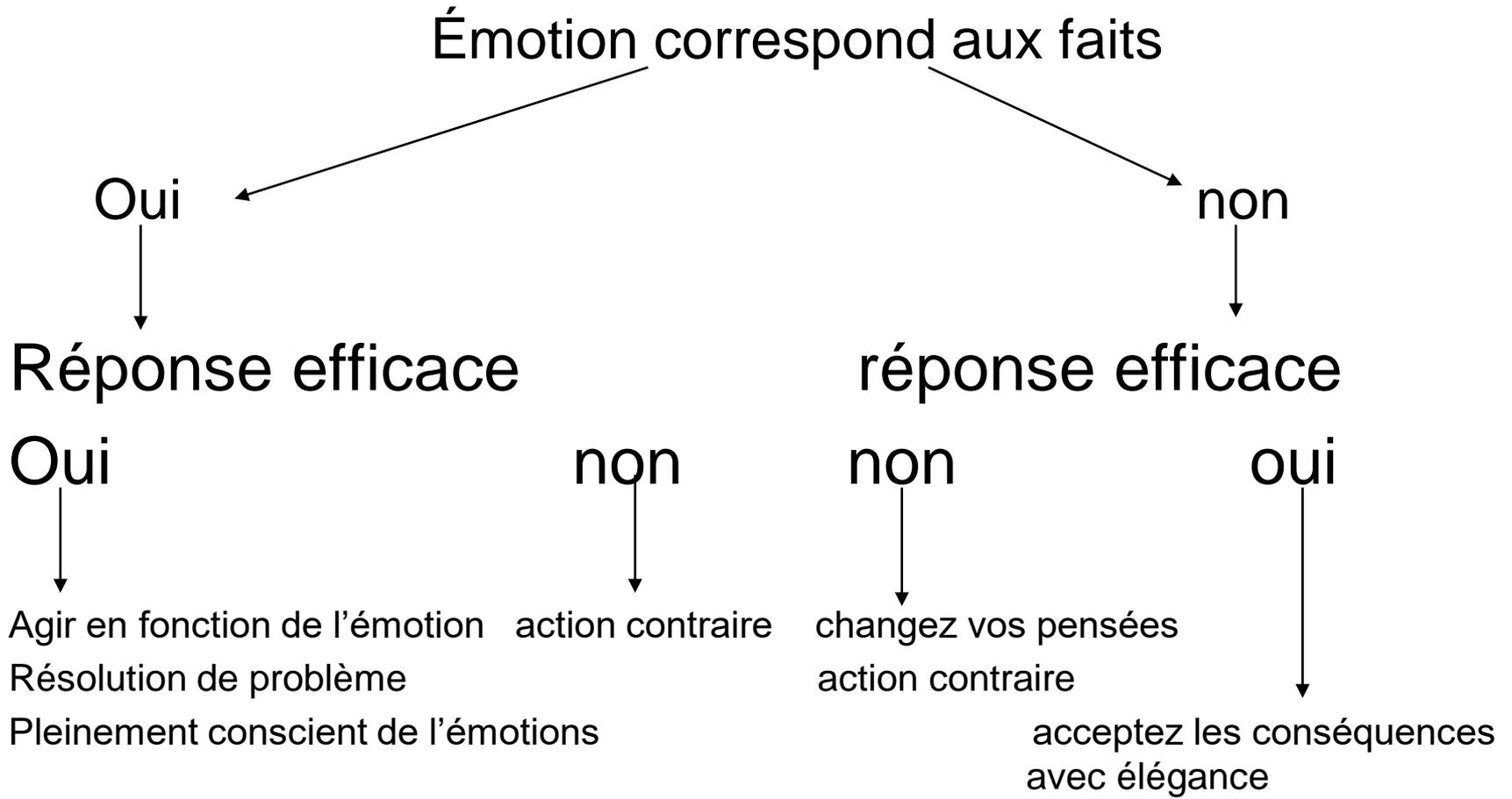


# Résolution de problèmes (doc 12, devoir 9)

- Observez et décrivez le problème
- Vérifiez les faits pour identifier le bon problème
- Identifier l'objectif
- Chercher plusieurs solutions
- Choisir une solution qui peut fonctionner
- La mettre en action
- Évaluer le résultat



# Comment changer les émotions indésirables (devoir 7)



# Pleine conscience de l'émotion actuelle (doc 33, devoir16)

- Observer votre émotion
- Pratiquez la pleine conscience sur les sensations physiques de l'émotion
- Rappelez-vous: vous n'êtes pas votre émotion
- Pratiquez-vous à aimer vos émotions



# Gérer les émotions extrêmes (doc 23)

- Observer et nommer le fait que vous êtes à votre point de rupture par rapport à vos capacités
- Stratégies de survie aux crises: REE, le sage accepte, les 5 sens, IMPROVE
- Pleine conscience de l'émotion actuelle
- Autres stratégies: vérifier les faits, action contraire, résolution de problèmes



# Quoi faire quand les stratégies ne fonctionnent pas (doc 24)

- Sensibilité biologique: PLEASE
- Utiliser les compétences
- Identifier renforçateurs: si les émotions me communiquent un message, me motivent à faire quelque chose, me valident au sujet de mon identité ou me font du bien:
  - Compétences interpersonnelles
  - Identifier nouveaux renforçateurs
  - Auto-validation
  - Avantages-désavantages de changer l'émotion
- Vérifier votre humeur: si ne met pas les efforts requis pour solutionner le problème:
  - avantages-désavantages d'utiliser les compétences
  - Acceptation radicale et volonté
  - Pleine conscience: Participer-ce qui est efficace
- Si surcharge émotionnelle: résolution de problème si oui, pleine conscience de l'émotion sinon
- Vérifiez les fausses croyances:
  - jugements sévères à propos des émotions
  - croyances que émotions et identité sont la même chose

# Sessions 10-11: efficacité interpersonnelle

# Efficacité interpersonnelle: objectifs

- Obtenir ce que vous voulez et ce dont vous avez besoin des autres de façon habile
- Bâtir des relations
- Emprunter la voie du milieu



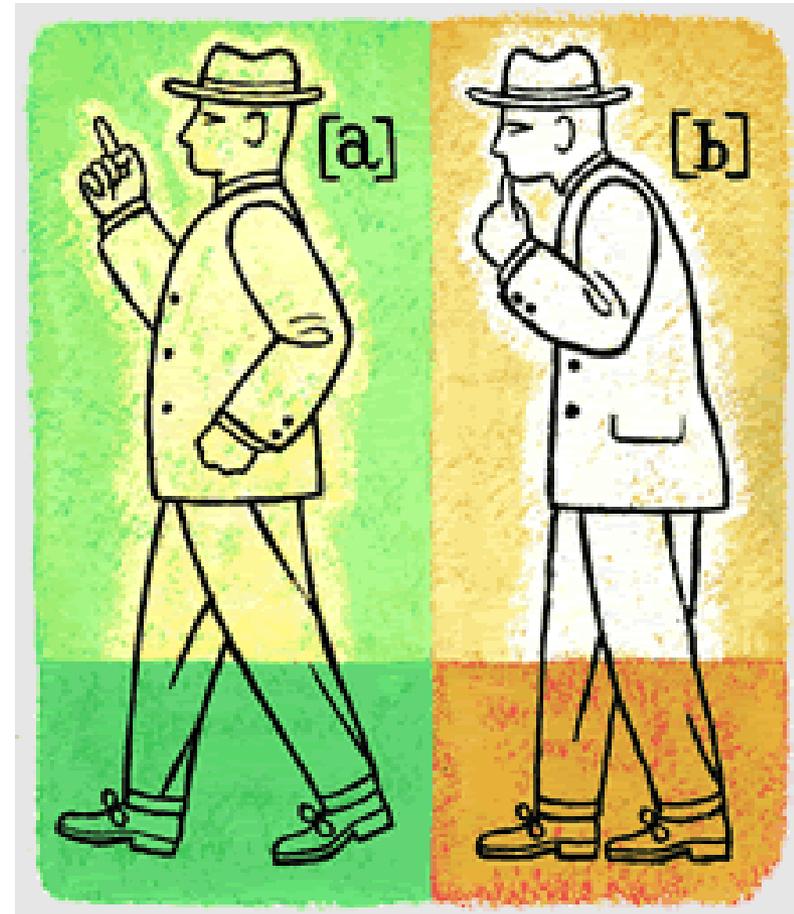
# Facteurs qui diminuent l'efficacité interpersonnelle (doc 3)

- Manque de compétence
- Émotions (colère, peur, culpabilité...)
- Indécision: demander trop/rien, dire non à tout/rien
- L'environnement:
  - Autres ont trop de pouvoir
  - Autres menacent
  - Autres vont nous punir

# DEAR MAN:

obtenir ce que vous souhaitez (doc. 8, devoir 3)

- Décrivez
- Exprimez
- Affirmez-vous
- Renforcez
- Maintenez vos objectifs
- Ayez l'air confiant
- Négociez



# GIVE:

## maintenir la relation (doc 9)

- Gentil
- Soyez Intéressé
- Valider
- Soyez Enthousiaste



# FAST:

garder le respect de soi (doc.10)

- Franc, vrai, honnête
- Aucune excuse
- Soyez juste, équitable
- Tenez à vos valeurs



# Choix d'intensité de la demande et du refus et facteurs de prise de décision (doc.6, devoir 3c)

demander	Facteurs	Dire non
Objectif > priorité	1. Priorités	Relation > objectif
On peut me donner	2. Capacités	Je peux donner
Bon moment	3. Opportunité	Mauvais moment
Préparé	4. Devoirs	Requête claire
J'ai l'autorité	5. Autorité	L'autre l'a
J'ai le droit	6. Droits	Violer ses droits
Approprié à notre...	7. Relation	Approprié à notre...
demande < donne	8. Réciprocité	Demande > donne
Important à long terme	9. Long vs court terme	Interfère avec mes buts à long terme
Agir avec compétence	10. Respect	Esprit sage dit...

# Quoi faire quand ça ne fonctionne pas (doc. 9, devoir 7)

- Compétences
- Savoir ce qu'on veut dans l'interaction
- buts à court terme vs buts à long terme
- Émotions
- Inquiétudes, présomptions, mythes
- Environnement trop puissant

# validation

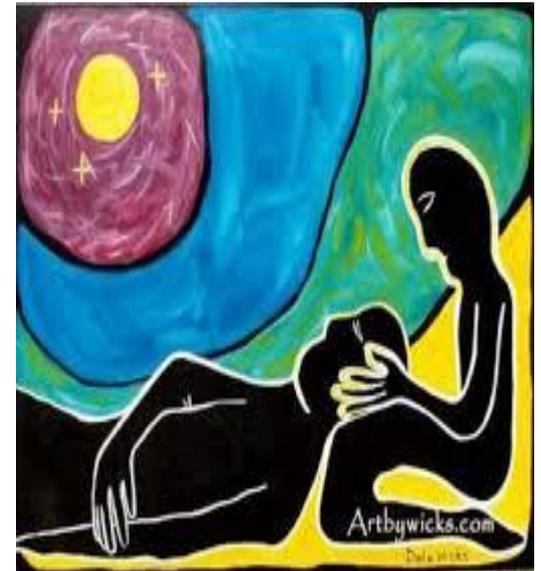
- Trouver la parcelle de vérité
- Comportements ont des causes=compréhensibles
- Vérifier les faits
- Dire que son expérience est:

VRAIE LOGIQUE COMPRÉHENSIBLE



# Validation interpersonnelle

- Quoi?
  - ce qui est valide,
  - les émotions et les pensées de la personne,
  - souffrance
- Pourquoi?
  - améliorer les relations,
  - résolution de problème,
  - ne pas prouver qu'on a raison



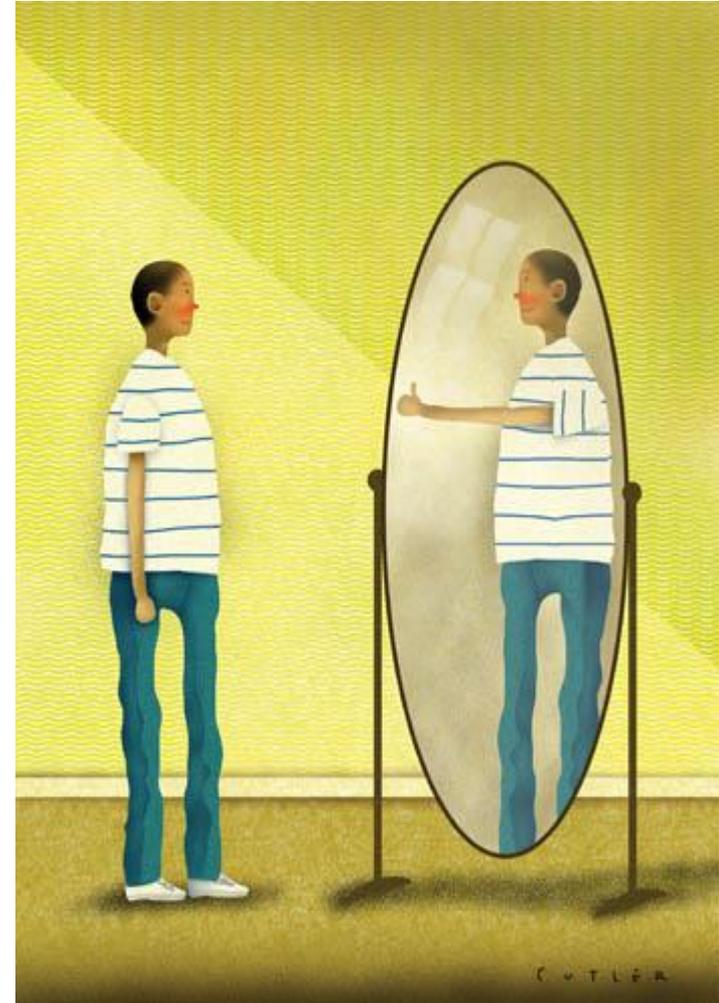
# Comment valider

- Être attentif
- Réflexion
- Lecture de la pensée
- Comprendre
- Valider ce qui est valide
- Démontrer l'égalité



# Auto-validation

- Est-ce que je ressens vraiment ceci?
- Devrais-je me sentir ainsi?
- Peut nous amener à justifier la validité de notre expérience...conflit
- But:
  - Diminue l'anxiété
  - Laisser aller la souffrance associée au fait d'avoir à se justifier



Résumés des chapitres  
Thérapie cognitivo-  
comportementale du trouble de  
personnalité limite  
(Linehan, 2003)

# chapitres

- 7. stratégies d'intervention en TDC
  - 8. validation
  - 9. résolution de problème
- 10. procédures de changement:
  - contingence (manipuler les contingences, mettre des limites)
  - 11. entraînement aux compétences, exposition, modification cognitive
- 12. stratégies concernant le style:  
communication équilibrée

# Chapitre 7

## stratégies d'intervention en TDC

# Stratégies d'intervention en TDC

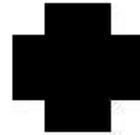
- Définition: activités, tactiques, procédures, protocoles ou techniques utilisées par le thérapeute pour atteindre les objectifs du traitement
- 2 objectifs paradoxaux:
  - Valider les pensées, les émotions, les croyances, les expériences
  - L'aider à changer pour être plus fonctionnel et heureux

# DBT is drawn from



Zen Buddhism/  
Mindfulness  
Techniques

**ACCEPTANCE**



Cognitive  
Behavioral  
Therapy

**CHANGE**



# 4 types de stratégie

1. Dialectiques:
  - explorer le continuum de points de vue entre le patient et le thérapeute
  - favoriser le rapprochement des points de vue
2. De base:
  - favoriser l'acceptation et le changement une fois les points de vue réconciliés (p.ex. métaphore vs résolution de problème)
3. Stylistiques: façon d'entrer en communication avec le patient
  - Communication réciproque: chaleureux, se dévoiler, viser l'équilibre dans la relation et la validation
  - Communication irrévérencieuse: confronter pour sortir de l'impasse et favoriser un changement (ex. je veux me tuer, vous m'avez promis de rester en traitement un an)
4. De gestion de cas: aider le patient à respecter la philosophie du traitement lorsqu'ils interagissent avec l'extérieur:
  - Consultation auprès du patient: l'aider à entrer en contact avec son environnement (affirmation de soi etc...)
  - Intervention environnemental: thérapeute intervient si le patient trop jeune/danger
  - Consultation entre thérapeutes

# Stratégies dialectiques

- Définition: réconcilier les points de vue opposés des patient et thérapeute, préparer aux stratégies de base qui amènent la validation ou le changement
- Thérapeute:
  - stable-flexible
  - Réconfortant-provoquant
  - Tenir compte des capacités du patient-de ses limites
  - Rapide pour tenir le patient hors d'équilibre, vigilant, enthousiaste, sur de lui (danse sociale)
- Raisonement dialectique:
  - Tenir compte de la logique et de l'expérientiel: « si je refuse une demande de mon patron, il sera déçu ». « Faisons l'expérience, il ne sera peut être pas fâché ou peut être qu'il me respectera ou que j'apprendrai à m'exprimer »
  - Ceci et cela (pas ceci ou cela)

# 8 stratégies dialectiques

## 1. Entrer dans le paradoxe:

- mettre en évidence différents aspects des pensées, comportements du patient, du thérapeute, du traitement, de la vie pour montrer que ce qui semble contradictoire peut aussi être compatible
- Ex. vous pouvez faire ce que vous voulez, mais vous devez diminuer vos comportements suicidaires
- Ex. vous avez le droit de vous enlever la vie mais s'il convainc le thérapeute d'une réelle dangerosité, il sera mis en garde en établissement
- Cadre de traitement: stabilité vs flexibilité, acceptation vs nécessité changement

## 2. Métaphores:

- angle différent pour modifier les pensées/comportements
- Faciles à comprendre
- Utile pour comprendre les réactions extérieures
- Ex. pied nu sur des charbons ardents, l'eau ne soulagera que temporairement

# Stratégies dialectiques (suite)

- **3. avocat du diable:** énoncer de façon extrême (j'ai absolument besoin d'être aimé de tous), prendre une position du patient et le patient l'autre position
- **4. extrapolation:** prendre au sérieux, « si vous ne me donnez pas de médicament je vais me suicider. Vous suicider! Il faut vous hospitaliser etc... » (aikido)
- **5. activer l'esprit sage** (vs l'esprit émotionnel ou rationnel), tenir compte de la raison, des émotions, de l'intuition, se centrer sur son centre de calme, à l'intérieur de la poitrine à la fin de l'inspiration, je ne suis pas intéressé par ce que vous pensez ou vous ressentez mais ce que vous savez être vrai après avoir consulté l'esprit sage
- **6. Faire de la limonade avec des citrons:** je n'ai pas fait mes devoirs. C'est malheureux mais profitons de l'occasion pour voir comment mieux les faire la prochaine fois.
- **7. permettre le changement naturel dans l'environnement thérapeutique:** cadre thérapeutique évolue naturellement=endroit sécuritaire pour apprendre à accepter et s'habituer au changement
- **8. évaluation dialectique:** tenir compte des aspects globaux (sexe, statut, race, ressources financières, politique) plutôt que causes internes

# Chapitre 8: stratégie de base: validation

- 2 stratégies de base: validation et résolution de problème
- Enseigner au patient à s'accepter et changer



# Définition de validation

- Communiquer à la patiente que ses réponses font sens et sont compréhensibles dans le contexte actuel
- Accepter la patiente et le communiquer
- Faire ressortir la validité de la réponse de la patiente à la situation

# 3 étapes

- Observation active:
  - collecte d'information,
  - entendre ce que la patiente tait,
  - observer les émotions, comportements, pensées
- Réflexion:
  - réfléchir ce qu'on voit et on entend,
  - aider à comprendre et nommer les réaction,
  - vérifier si nos perceptions sont correctes
- Validation directe:
  - Recherche et réfléchir la sagesse de la réponse
  - Trouver la sagesse de l'adaptation au contexte

# Types de stratégies de validation

1. Émotionnelle
2. Comportementale
3. Cognitive
4. Promotion

# Pourquoi valider?

- Soutenir les stratégies de changement: augmenter la confiance en soi pour pouvoir prendre des décisions
- Enseigner à se valider soi-même (p.ex. si réponse de la patiente diffère de la réaction extérieure)

# Validation émotionnelle

- Fournir les opportunités
- Enseigner l'identification des émotions
- Lire les émotions-timing/moment
- Communiquer la validité des émotions

# Validation comportementale

- Enseigner l'observation des comportements et les habiletés d'étiquetage
- Identifier les devrais, les contrer, les accepter
- Évoluer avec une certaine déception

# Validation cognitive

1. éliciter et refléter les pensées et présomptions
2. Distinguer les faits des interprétations
3. Trouver le grain de vérité
4. Reconnaître l'esprit du sage en soi
5. Respecter des valeurs différentes

# Promotion (cheerleading)

- S'attendre au meilleur
- Fournir encouragement
- Se concentrer sur ses capacités
- Contredire-moduler les critiques externes
- Compliments, réassurance
- Rester réaliste tout en répondant directement aux peurs d'un manque de sincérité
- Rester proche, disponibles

# Chapitre 9:

## Analyse comportementale

- But: identifier le problème, sa cause, ce qui interfère avec sa résolution, aider à résoudre
- Aspects prioritaires:
  - Collaboration
  - Détails pour comprendre la séquence des événements
  - S'entendre sur les conclusions

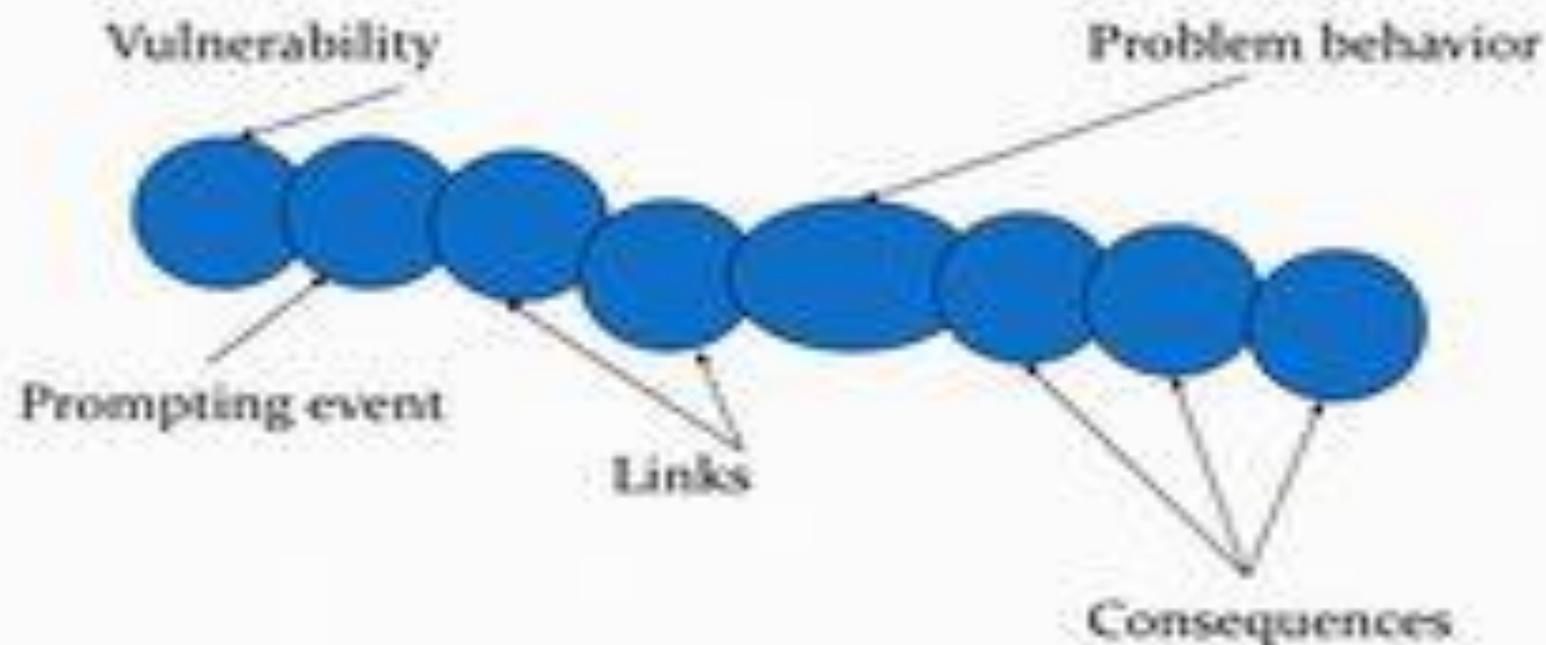
# Analyse comportementale

1. Définir le problème
2. Analyse en chaine
3. Générer des hypothèses au sujet des facteurs qui contrôlent le comportement

# Définir le problème

- **Priorité:**
  - Comportements suicidaires
  - Interfère avec la thérapie
  - Interfère avec la qualité de vie
  - Déficit a/n des compétences
  - Réponse au stress post traumatique
  - Problème au niveau du respect de soi
  - Difficulté à atteindre des buts personnels
- Formuler le problème en terme comportementaux
- Décrire le problème de façon spécifique: fréquence, durée, intensité, topographie
- Valider

# Chain Analysis



# Analyse en chaine

- Choisir une séquence spécifique du comportement dysfonctionnel à analyser (antécédents, conséquences)
- Liens:
  - Contexte: circonstances au moment de l'apparition du problème
  - Ce que le patient a fait, senti, pensé
  - Effets sur le contexte externe/rerelations
- Analyses en chaîne dans la session si comportement en cible survient (ex. suicide)
- Obtenir la collaboration du patient
- Utiliser des analyses antérieures pour guider l'analyse en cours
- Auto-observation des comportements: résumer les comportements cibles (fréquence et intensité)
- Guidé par la théorie TDC
- Anti TDC: collusion avec le patient et éviter l'analyse, biaiser l'information pour prouver sa théorie

# Générer des hypothèses au sujet des facteurs qui contrôlent le comportement

- Se baser sur la théorie pour guider l'analyse: comportements mésadaptés découlent d'une mauvaise régulation des émotions intenses
- Recenser les déficits au niveau des compétences (pensée, synthèse des polarités, efficacité dans la centration, dans les relations interpersonnelles, régulation de l'affect, tolérance à la détresse, contrôle de soi)

# Stratégies d'interprétation

- Générer un insight au sujet des patterns récurrents
- Comprendre les comportements cibles et leur précurseur
- Explorer comportement actuel: commenter le comportement dans la session
- Se baser sur le modèle TDC pour structurer les interprétations
- Non péjoratif, empathique
- Lien entre le comportement et les variables déclenchantes et de maintien
- Observer l'effet de l'insight sur le comportement et varier
- Souligner le comportement: avez-vous remarqué que? Équilibre entre noter les comportements positifs et négatifs
- Observer et décrire les patterns récurrents pour comprendre la signification du comportement:
  - Identifier les pensées récurrentes
  - Identifier les réponses affectives récurrentes
  - Identifier les séquences comportementales récurrentes
  - Aider le patient à observer et décrire l'association entre les stimuli (conditionnement classique) ou le patron de réponse qui renforce ou punit (conditionnement opérant)
- Commenter les implications du comportement
- Évaluer les difficultés à accepter ou rejeter les hypothèses au sujet du comportement de façon ouverte et flexible
- Anti TDC:
  - Attribuer des motivations qui diffèrent de la perception du patient sur les souhaits/buts
  - Biaisé par la théorie vs basé sur l'observation du comportement
  - Insister sur ses interprétations et ne collabore pas
  - Interprétations péjoratives (vs non péjoratives)
  - Raisonnement circulaire (résultat prouve la motivation)
  - Attaquer, blâmer, punir

# Stratégies didactiques

- communiquer de l'information au sujet des facteurs connus qui influencent le développement, le maintien et la modification du comportement
  - Procurer l'information
  - Matériel de lecture
  - Informer la famille
- Présenter:
  - les résultats empiriques
  - Théories comportementales
  - Psychobiologie du comportement
  - Interrelations et fonctions des patrons comportementaux
  - Remettre en question les explications auto-critiques, morales, basées sur la maladie mentale du comportement actuel
  - Explication alternative basée sur les résultats empiriques
  - Survol du fit problématique
- Comportement impulsif vise à résoudre un problème: relation entre le comportement et déficit a/n des compétences de résolution de problème, relation entre le comportement et l'issue fonctionnelle
- Bibliothérapie au patient et sa famille: comportement, thérapie, TPL

# Stratégies d'analyse de solution

- Identifier les buts, besoins, désirs:
  - TS=diminuer la douleur et améliorer la qualité de vie
  - Absence de désir de changement ou de but=impuissance et désespoir
- Générer des solutions: brainstorm, chercher des stratégies d'adaptation comme alternative au comportement auto-dommageable
- Évaluer les solutions:
  - Focus sur les conséquences des stratégies
  - Présenter les conséquences négatives des comportements
  - Discuter des critères de résolution de problème
  - Identifier les facteurs qui interfèrent avec la résolution de problème
- En choisir une: donner son avis si nécessaire, choisir stratégies de gestion de cas, enseignement des compétences, exposition, modification cognitive, gestion des contingences
- Anticiper les problèmes (troubleshooting)

# Stratégies d'orientation

- rôle d'induction: expliquer
  - rôle du patient,
  - la TDC,
  - les tâches spécifiques: but des interventions et leur relation à l'issue globale, clarifier le rôle du patient et du thérapeute
- Répéter la nouvelle réponse comportementale:
  - commisérer a/s du fait que c'est difficile,
  - expliquer que le thérapeute n'a pas inventé les lois de l'apprentissage et du changement et qu'il ne les aime pas plus que le patient

# Stratégies d'engagement

- Vendre l'engagement: pour et contre, avant de s'engager dans un plan
- Avocat du diable: thérapeute donne des contre-arguments plus faibles
- Technique pied dans la porte-porte dans la face
- Lier les engagements présents aux engagements antérieurs: rappeler au patient ses engagements antérieurs
- Souligner la liberté de choisir et l'absence d'alternatives: patient choisit ses buts de vie et doit accepter de vivre avec ces buts et les conséquences naturelles de ses choix
- Modelage
- Générer l'espoir (cheerleading): peur de l'échec et de l'humiliation
- Accepter les travaux

# Chapitre 10

procédures de changement:  
contingence (manipuler les  
contingences, mettre des  
limites)

# Relation entre les questions posées lors de l'analyse comportementale aux procédures de changements

questions	procédures
<p>Est-ce que la patiente est capable de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réguler ses émotions</li> <li>2. Tolérer la détresse</li> <li>3. Répondre habilement au conflit</li> <li>4. Observer, décrire et participer sans juger, en pleine conscience et focaliser sur l'efficacité</li> <li>5. Gérer son propre comportement</li> </ol>	<p>Entraînement aux compétences comportementales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Régulation des émotions</li> <li>2. Tolérance à la détresse</li> <li>3. Efficacité interpersonnelle</li> <li>4. Pleine conscience</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-ce que les comportements inefficaces sont renforcés amènent l'issue souhaitée?</li> <li>2. Est-ce que les comportements efficaces sont punis, suivis d'un résultat neutre ou est-ce que la réponse positive est tardive?</li> <li>3. Est-ce que des comportements approximatifs peuvent être renforcés?</li> </ol>	<p>Procédures de contingence d'autogestion</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Est-ce que les comportements efficaces sont inhibés par des peurs ou la culpabilité?</li> <li>2. Phobie des émotions?</li> <li>3. Patrons d'évitement ou d'échappement?</li> </ol>	<p>exposition</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comportements efficaces inhibés par des croyances qui surviennent avant les comportements?</li> <li>2. Est-ce que le patient ne voit pas les contingences ou règles qui surviennent dans l'environnement ou la thérapie?</li> </ol>	<p>Modification cognitive</p>

# Procédures de contingence d'auto-gestion (1)

- Expliquer:
  - comment l'apprentissage (incluant le renforcement) se fait
  - Différence entre l'issue souhaitée et celle qui est fonctionnellement associée au comportement
- Renforcer les comportements adaptés
  - Immédiat
  - Adapter la cédule de renforcement afin de correspondre à la réponse:
    - Réponse faible: T renforce à chaque fois
    - Réponse plus forte: cédule intermittente
    - Réponse régulière: éliminer graduellement le renforcement

# Procédures de contingence d'auto-gestion (2)

- Extinction des comportements mésadaptés:
  - Évaluer si le comportement est maintenu par les conséquences qui les renforcent
  - Éviter d'apaiser
  - Maintenir la cédule d'extinction lors des explosions comportementales
  - Aider le patient à faire de la résolution de problème pour trouver un autre comportement à renforcer: T renforce rapidement
  - T apaise le P pendant l'extinction:
    - T concerné et valide la souffrance
    - T rappelle chaleureusement la rationnelle

# Procédures de contingence d'auto-gestion (3)

- T utilise des contingences aversives:
  - Si les conséquences renforçantes des comportements cibles ne sont pas sous le contrôle du patient
  - Lorsque le comportement mésadapté interfère avec tous les autres comportements
  - Désapprobation, confrontation, retrait de l'approbation (caution)
  - Correction-surcorrection
  - Vacances de la thérapie
  - Mettre fin à la thérapie en dernier recours
- T détermine la puissance des conséquences:
  - Identifier les renforcements et conséquences aversives de façon empirique (plutôt que prendre pour acquis)
  - Utiliser une variété de conséquences
- T utilise les conséquences naturelles plutôt qu'arbitraires si possible (coupler les deux puis enlever l'autre)

# Procédures de contingence d'auto-gestion (4)

- Principes de façonnement pour renforcer le comportement (ajuster le renforcement aux compétences actuelles du patient)
  - Cédule de renforcement qui façonne le comportement
  - Renforcer les comportements présents dans le répertoire qui vont dans le sens du comportement désiré
  - T pousse le patient ad la limite des capacités, les tâches sont un peu plus difficiles que les précédentes
  - Si P atteint ce comportement, le renforcer
  - Extinction des comportements qui s'éloignent de l'issue visée
  - Utiliser toutes les variables de la situation pour évaluer la difficulté de la tâche
- Anti TDC:
  - Céder aux demandes du patient et renforcer les comportements en deça des capacités du patient lorsqu'il aurait été capable d'agir de façon plus compétente
  - T n'utilise pas de façon cohérente les procédures de contingence d'auto-gestion
  - T punitif en utilisant les conséquences aversives
  - T demande plus que ce que le patient peut faire

# Chapitre 11: enseignement des compétences, exposition, modification cognitive

Thanh-Lan Ngô, M.D.

Avril 2005

# Apprentissage des habiletés

- Lorsque le patient n'a pas les habiletés requises afin de résoudre un problème
- Vise performance efficace: comportements qui amène un maximum d'issues positives et un minimum d'issues négatives
- Thérapeute remet constamment en question le style passif de résolution de problème adopté par le patient
- Buts: augmenter:
  - Pleine conscience
  - Efficacité interpersonnelle
  - Régulation des émotions
  - Tolérance de la détresse
  - Gestion de soi

# 3 types de procédures

- **Augmenter la motivation:**
  - Expliquer pourquoi on l'enseigne (but général et spécifique)
  - Dire que le patient n'est pas obligé d'utiliser les habiletés
  - Dire que ça a aidé le thérapeute
  - Utiliser le questionnement socratique
  - Dire que la pratique est essentielle
- **3 types de procédures:**
  - Acquisition des habiletés:
    - enseignement des nouveaux comportements
    - instructions, modelage
  - Renforcement des habiletés:
    - Raffinement des habiletés, application à toutes les situations appropriées
    - répétition comportementale, rétroaction
  - Généralisation:
    - Augmenter l'application des habiletés en enseignant la gestion provisionnelle, exposition, modification cognitive
    - tâches à domicile, discussion des similarités et différences dans les situation

# Acquisition des habiletés: évaluation

- Évaluation difficile car la patiente peut croire que:
  - Si elle sait comment agir, elle devra le faire ou que la thérapie se terminera
  - Si elle exprime ses émotions, elle sera vulnérable
  - elle est incapable d'apprendre à agir autrement
  - Si elle agit ainsi c'est que ça répond à un besoin
- Procédure:
  - Jeu de rôle
  - Demander à la patiente comment elle devrait agir
  - Observer la patiente dans la session
  - Demander à la patiente de changer son comportement pendant la session (ex. tolérer la détresse)
  - Créer des circonstances afin de vérifier si la patiente a l'habileté
  - Questionner la patiente (activités quotidiennes)
  - Si un doute persiste: enseigner l'habileté

# Acquisition des habiletés: instructions

- Spécifier les comportements requis et leur enchaînement, concrètement
- Spécifier les étapes
- Commencer par les tâches plus faciles (i.e. capacités et peurs)
- Donner des exemples
- Donner des feuillets avec les instructions

# Acquisition des habiletés: modelage

- Jeu de rôle
- Utiliser habiletés enseignées avec le patient
- Penser à voix haute, en utilisant l'auto-verbalisation (pensée adaptée)
- Révèle qu'il a déjà utilisé cette habileté
- Raconter des histoires
- Parler de modèles dans l'environnement du patient: dans l'entourage du patient, des célébrités, des livres ou films...

# Renforcement des habiletés

- Répétition comportementale
- Renforcement du comportement habile
- Rétroaction spécifique
- Entraînement (coaching)
- Eviter:
  - Punit ou ignore le comportement qui représente une amélioration mais qui rend le patient inconfortable
  - Rétroaction ciblant les intentions vs la performance
  - Ne souligne pas les liens entre les intentions et les comportements spécifiques
  - Rétroaction sur tous les détails vs les points les plus importants

# Répétition comportementale

- Jeu de rôle de la situation problématique
- Guider la pratique dans la session
- Guider la pratique par imagination (changer expression faciale, tension musculaire, auto-verbalisation)
- Guider la pratique in vivo
- Encourager le patient à faire la répétition: que pourriez vous dire ? Pratiquer un aspect de l'habileté
- S'encourager à le faire car améliore l'issue

# Renforcement du comportement habile

- Patient ont surtout connu la punition et s'attendent à ça de l'environnement et se punissent
- Renforcement:
  - Améliore l'estime personnelle
  - Augmenter le comportement recherché
  - Améliore le sentiment d'emprise sur sa vie
- Renforcer le comportement dans la session lorsque:
  - N'est pas d'accord avec le thérapeute (pensée indépendante)
  - Est déçue d'un changement d'horaire (n'adhère pas toujours aux vœux d'autrui)

# Rétroaction et accompagnement

- Rétroaction: commentaires sur la performance et non l'intention (ex. manipulation, contrôle, réaction exagérée, dépendant, acting out) car sinon les commentaires ne seront pas acceptés par le patient
- Se limiter à quelques comportements au début pour ne pas décourager le patient ou ne pas le mêler
- Utiliser le façonnement
- Patients sensibles: paire les commentaires négatifs avec positifs
- Dire ce qui doit être amélioré et comment

# Généralisation du comportement

- Programmation de la généralisation
- Consultation téléphonique entre les sessions
- Casette audio entre les sessions
- Tâches à domicile de répétition comportementale
- Création d'un environnement qui renforce le comportement habile

# Tâches à domicile de répétition comportementale

- En thérapie individuelle, on a le temps d'aider le patient à analyser les obstacles
- Si clivage entre le thérapeute individuel et de groupe, suggérer tâches à domicile:
  - habileté interpersonnelle pour demander changement
  - tolérance de la détresse pour accepter la situation et la réaction du patient
  - modulation ou changement des réponses émotionnelles si émotion extrême
  - pleine conscience (sans juger)
- Si patient suicidaire: communiquer qu'il est suicidaire, pratiquer les habiletés pour: être admis à l'hôpital, en sortir, obtenir plus ou moins d'attention, alléger les inquiétudes du personnel, changer les demandes qui sont arbitraires, déraisonnables, dépassent les capacités de l'individu
- Viser équilibre: pousser les patients qui visent la sécurité et retenir les patients qui sont trop téméraires

# Création d'un environnement qui renforce le comportement habile

- Patient plus habile à utiliser la régulation des émotions via l'environnement vs auto-régulation
- Aider le patient à créer un environnement qui renforce comportement habile via:
  - Création d'une structure
  - Engagement public vs privé
  - Trouver communauté qui renforce nouveaux comportements
  - Éliciter renforcement pour comportement habile
- Auto régulation en se basant sur les forces du patient (ex. ne pas avoir d'alcool, écrire l'auto-observation)
- Auto renforcement des comportements habiles (vs avoir des attentes trop élevées)
- Sessions familiales et de couple: encourager à renforcer comportement désiré
- Estomper les instructions et le renforcement

# exposition

- Exposer le patient à ses émotions (peur, honte, culpabilité, tristesse, colère) car:
  - C'est un problème pour les patients
  - Elles empêchent l'utilisation des habiletés
  - Incapables de discuter de leurs émotions
  - ESPT
- Exposition est l'ingrédient actif du tx de la panique, phobie, ESPT, agoraphobie, obsessions, compulsions, anxiété généralisée (Barlow, 1988)
- Pour les autres émotions, on demande au patient de s'exposer aux situations qui les génère en bloquant les réactions automatiques maladaptées (agir différemment)
- informel

# Exposition: étapes

- Présenter stimuli qui ressemblent à la situation problématique
- Réponse affective n'est pas renforcée
- Bloquer les réponses maladaptées
- Amélioration du sentiment de contrôle
- Exposition doit durer assez longtemps pour fonctionner

# Exposition: composantes du tx

- Obtenir la collaboration du patient
- Exposition non renforcée
- Bloquer les tendances comportementales
- Exprimer les émotions contraires
- Améliorer le sentiment de contrôle
- Utiliser les procédures formelles d'exposition
- Eviter les tactiques anti-DBT

# Obtenir la collaboration du patient

- Expliquer le but:
  - faire le contraire de ce qu'on sent (ex. dissociation, dépersonnalisation, distraction, s'échapper, digresser etc...) car exposition brève n'aide pas
  - «les émotions sont comme les vagues qui viennent et vont sur la plage » (pour les patients phobiques des émotions)
  - Connaître la théorie: extinction, habituation, traitement émotionnel, désapprendre comportements (Barlow, 1988; Foa, 1986)
  - Valider l'expérience du patient
- Distinguer « masquer les émotions » et «changer l'expression émotionnelle »:
  - Changer expression faciale et posturale pour diminuer l'intensité et la durée de l'émotion et stimuler de nouvelles émotions dans des situations spécifiques

# Exposition non renforcée

- S'assurer que le patient reçoit des nouvelles informations à propos de l'anxiété
- Exposer à des situations où la culpabilité et la honte ne sont pas supportées par la situation (ex. valider le patient vs le rejeter lors de l'analyse comportementale ou l'entraînement aux habiletés sociales)
- Présenter des situations qui élicitent la colère et qui permettent à la patiente d'obtenir ce qu'elle veut si elle tolère la frustration
- 4 principes:
  - la situation d'exposition doit ressembler à la situation problématique
  - S'assurer qu'il y a exposition: reconnaître les tactiques de diversion et demander au patient de décrire en détail et au présent
  - Exposition graduée
  - S'assurer que l'exposition dure assez longtemps afin que l'émotion diminue mais pas si longtemps que le patient perd le contrôle
- Utilise des stratégies spécifiques:
  - Analyse comportementale
  - Entraînement aux habiletés
  - Procédures de substitution
  - Retrait ou estompage des activités de soutien

# Exposition non renforcée: types d'exercices

- Lors de l'analyse comportementale valider les émotions du patient vs le rejeter
- Lors de l'entraînement aux habiletés sociales:
  - s'attendre à peur de l'abandon, honte et colère reliée à la dépendance avec tendance à s'échapper, se cacher ou attaquer
  - Suggestions:
    - Exposition prolongée mais arrêter dès que l'émotion diminue un peu, donner réassurance
    - Exposition graduée (un peu de confrontation et désapprobation)
    - Ne pas renforcer la honte ou la peur (donner information qui diminue la frustration des buts ou besoins essentiels)
    - Valider la réponse du patient: compréhensible
- Pratique méditative: observation des sensations, pensées et émotions (vs les repousser ou s'y attacher)
- Retrait du soutien du patient avec le temps

# Bloquer les tendances comportementales associées aux émotions problématiques

- Bloquer:
  - Évitement de la peur (ex. ne pas faire devoir)
  - Dissimulation de la honte (ex. ne pas parler)
  - Réparation de la culpabilité (ex. cadeaux)
- Patients évitent activités reliées à l'exposition: analyse comportementale, exposition par imagination, tâches à domicile
- Exposition à la colère et le contrôle de l'agression verbale, par imagination, physique:
  - Réponse sans jugement, décatastrophisation, distraction
  - Éviter la catharsis

## Bloquer les tendances expressives associées aux émotions problématiques

- Adopter une expression faciale ou une posture différente pour changer l'émotion primaire (ex. colère ou peur): relaxer les muscles faciaux et afficher un demi sourire (parler de la peur de pleurer)
- Si on a une émotion secondaire (ex. coupable d'être en colère ou peur d'avoir peur): exposition à l'émotion primaire

# Exposition (suite)

- Améliorer le contrôle des événements aversifs:
  - Aider le patient à contrôler volontairement l'exposition vs de façon réflexe (ex. fuite):
  - Négocier l'intensité ou la quantité de confrontation ou d'analyse comportementale ou le placement dans la session
- Procédures d'exposition structurées:
  - Ex. trauma suite à l'abus sexuel ou décès d'un proche
  - Exposition à l'événement traumatique décrit en détail
  - Enregistrer la session
  - Attendre que le patient ait maîtriser les autres habiletés

# modification cognitive

- Distorsions cognitives chez le TPL:
  - Attention sélective
  - Magnification
  - Conclusions absolues
  - Pensée dichotomique
  - Rigidité cognitive
- Plusieurs auteurs ont émis des théories (Beck, 1979; Young, 1987; Hayes, 1989)
- TDC renforce les croyances valides et fonctionnelles

# Modification cognitive dans la TDC

- Contenu de la pensée:
  - Croyances et schéma
  - Présomptions
  - règles
  - Pensées automatiques
- Style cognitif: modes de traitement de l'information:
  - Rigidité ou flexibilité cognitive
  - Style de pensée divergent ou convergent
  - Pensée dichotomique
  - Concentration
  - Style abstrait
  - Déficits attentionnels
- Evaluation des 2 aspects dans le maintien des comportements et émotions
- Aspect informel de la thérapie

# Modification cognitive dans la TDC

- Valider le patient qui a toujours été accusé de mal percevoir la réalité: « tout est dans ta tête »
- Restructuration cognitive:
  - Changer le contenu ou le style de pensée
- Clarification des contingences:
  - Modifier les croyances conditionnelles
  - Focus sur:
    - événements et pensées spécifiques
    - des règles comportementales qui s'appliquent à plusieurs événements, instances, périodes
    - Ce qui est général et habituel
  - Ex. confiance inadéquate: s'attendent à comportement positif et altruiste
  - Problèmes résultent de:
    - Influence de l'humeur sur l'attention et l'apprentissage
    - Problèmes attentionnels
    - Problèmes au niveau de la sélection, abstraction et retrait de l'information spécifique
- Les distorsions cognitives viennent des problèmes émotionnels et contribuent à exacerber le problème
- Les thérapeutes croient que les patientes ont tort parce que focus sur différents aspects de l'événement et arrivent à des conclusions différentes: les 2 ont raison

# clarification des contingences

- Souligner les procédures de substitution: focus sur l'effet des comportements sur l'issue
  - Dans la vie de tous les jours
  - Comportement problématique
  - Effet du comportement sur:
    - les autres et leur réponse: lorsque W arrive, vous vous sentez X et vous faites Y et les gens font Z
    - la relation thérapeutique: lorsque vous faites X je me sens Y
    - Le résultat de la thérapie
  - Dans l'analyse comportementale, les stratégies de communication réciproque
- Clarifier les procédures de substitutions à utiliser dans le futur:
  - Ce que le thérapeute va faire si le patient fait X
  - Ce que le patient peut attendre du thérapeute et de la thérapie
  - Être très clair et direct au début.
  - Répéter les règles pendant la thérapie et ne pas interpréter le fait qu'ils ne s'en souviennent pas

# Restructuration cognitive

- Modification du style et contenu de la pensée
- Cible 4 aspects:
  - Pensée non dialectique: dichotomique, rigide, extrême
  - Croyances dysfonctionnelles dictant le comportement (croyances conditionnelles, attentes)
  - Descriptions dysfonctionnelles (pensées automatiques, étiquetage)
  - Allocation dysfonctionnelle de l'attention

# Restructuration cognitive: étapes

- Observation et analyse de la pensée
- Identification, confrontation et remise en question de croyances conditionnelles, étiquettes et styles de façon dialectique
- Générer cognitions plus fonctionnelles:
  - Ne pas prétendre qu'on a la vérité absolue
  - Valoriser l'intuition
  - Chercher nouvelle information
  - Focus sur pensée fonctionnelle et efficace vs véridique
  - Pousser le patient à trouver un style, des règles et des descriptions verbales plus adaptées

# Restructuration cognitive: étapes (suite)

- Aider à développer des règles pour l'aider à savoir quand faire confiance et quand remettre en question ses interprétations:
  - Appliquer les procédures de substitution et nouvelles habiletés à la modification cognitive
  - Intégrer les stratégies cognitives à la vie de tous les jours
  - Référencer à programme de TCC si nécessaire
- Ne pas:
  - Dire que tout est dans sa tête
  - Sur simplifier le problème en disant que tout ira mieux si elle change sa façon de penser
  - Participer à une lutte de pouvoir sur la meilleure façon de penser

# Heuristiques et biais de jugement

- Heuristique de disponibilité: influence de l'accessibilité d'un souvenir
- Heuristique représentationnelle: croyance qu'un événement est typique d'un ensemble de situations
- Heuristique d'ancrage: influence de la position initiale
- Biais de confirmation: se souvenir d'événements qui confirment ce qu'on croit au détriment de ce qu'on ne croit pas
- Biais rétrospectif: adapte souvenir de probabilité d'un événement selon ce qu'on sait actuellement
- Biais d'humeur: biais de jugement qui est congruent à l'humeur négative
- Biais d'issue imaginée: si on imagine une issue, on peut plus facilement accepter que ça puisse nous arriver

# Chapitre 12

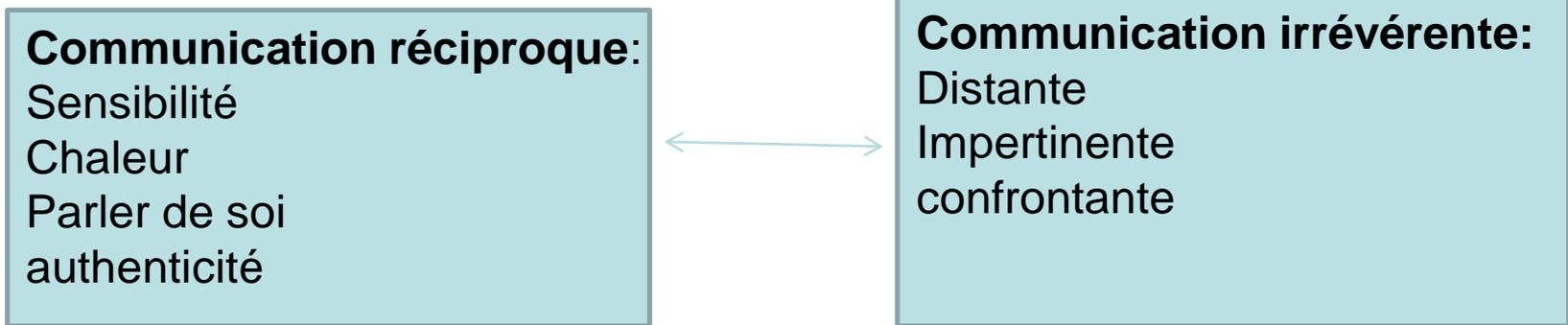
les stratégies concernant le style  
(contenant vs contenu):  
vers une communication mieux  
balancée

# Style reflète différents aspects

- Ton: chaleureux ou froid
- Manière (edge): souple ou abrupte
- Intensité: légère ou très sérieuse
- Vitesse: rapide (quick-moving) vs lent, réfléchi
- Sensibilité (responsiveness)
- Attitude générale: respect et affection vs condescendance et arrogance

# Thérapeute passe d'un pôle à l'autre selon les circonstances et les besoins

- TPL en position d'infériorité et tentent de rétablir l'équilibre



- Thérapeute bouge rapidement le long de ce continuum pour être adapté à la personne et aux circonstances

# Stratégies favorisant une communication réciproque

- 4 stratégies:
  1. Sensibilité (réactivité)
  2. Le fait de parler de soi (auto-divulgation)
  3. Attitude chaleureuse (engagement chaleureux)
  4. Authenticité

# Relation inégale en thérapie

patient	thérapeute
vulnérable	invulnérable
Se mettent à nu	impénétrable
Subi les règles	Thérapeute fait les règles

- Relation parent-enfant devient adulte-adulte
- Patient a déjà vécu relation inégale avec parent: oscille entre dépendance et indépendance

# réactivité

- Façon d'utiliser la communication pour bien démontrer au patient qu'il est intéressé, qu'il le prend au sérieux
- 3 aspects:
  1. Fait de rester attentif: concentré sur ce que le patient dit, ses réactions émotionnelles
  2. Prendre au sérieux l'agenda du patient: dès l'établissement de l'agenda, donner des raisons si donne préférence à son propre agenda
  3. Tenir compte de ce que dit le patient: répondre aux questions, élaborer sur ce que dit le patient

# Parler de soi

- Communiquer au patient ses attitudes, ses opinions et ses réactions concernant ce qui se passe en thérapie ou s'il parle d'expériences personnelles pertinentes
- 2 types:
- Self involving self-disclosure: contre-transfert
- Personal self-disclosure: information personnelles (statut marital, expériences passées ou courantes, opinions, projets)

# Pourquoi parler de soi?

- Validation: expériences, interprétation d'une situation, compréhension des émotions, valoriser des décisions
- Aider à la résolution de problème
- Favoriser l'apprentissage d'habiletés quand le thérapeute indique la manière dont il s'y est pris pour faire face à une difficulté
- Apprentissage du contrôle de l'environnement (réaction du T face au P)
- Exposition si les réactions du thérapeute font partie de celles dont le patient a peur ou le frustrent

# Comment parler de soi?

- Comment sensibiliser le patient au dévoilement de soi: présenter les différences p /r autres thérapies (ex. psychanalyse)
- Self involving self disclosure
- Personal self-disclosure

# Self involving self disclosure (1)

- Thérapeute fait constamment part au patient de ses réactions face à son comportement: quand vous faites X, je ressens, je pense et je veux que vous fassiez Y (“quand vous me téléphonez pour critiquer tous mes efforts, je me sens frustré” ou “Quand vous me critiquez moins, ça devient plus facile de vous aider”): “je suis content” si le patient s’améliore, “je suis démoralisé” si se comporte de façon nuisible pour son traitement
- Valider et stimuler le patient pour modifier son comportement
- Fournir au patient de l’information sur les effets de ses comportements
- Cœur à cœur:
  - désigner ce qui se passe immédiatement dans l’interaction entre T et P (J’ai l’impression que nous sommes dans une bataille de pouvoir. Vous essayez de me rendre responsable de votre problème et j’essaie de vous rendre responsable. Qu’en pensez-vous?), focus passe du contenu (dialogue) ou contenant (tension)
  - Répondre au patient qui demande ce qu’on pense de lui (actuellement, vous me rendez fou mais je vous aime bien quand même)
  - Nécessaire si le comportement du patient nuit à la thérapie
  - Choisir la durée de l’intervention (trop courte empêche de progresser, trop longue on ne progresse plus car ne discute plus du contenu)

# Self involving self disclosure (1)

- Combiner la sensibilité et l'implication personnelle:
  - S'appuyer sur des faits plutôt que des interprétations (j'ai l'impression que vous me manipulez vs vous me manipulez)
  - Doser l'intensité de la réaction
  - Commencer avec un peu de dévoilement de soi: doser
- Faire part au patient des réactions d'autres personnes vis-à-vis le thérapeute (vous n'êtes pas le seul à me dire que je ne suis pas très chaleureux): valide le patient

# Personal self-disclosure

- Communique au patient des informations sur lui-même
- Servir de modèle au patient
- Parler des situations semblables:
  1. sexe, race, statut social
  2. Apprentissage de certaines habiletés: difficultés, erreurs, façon de les surmonter
- 2 types:
  - Professionnel:révéler sa formation professionnelle, son expérience, son orientation thérapeutique
  - Personnel: répondre aux questions personnelles si aide le patient et est à l'aise
- Supervision et psychothérapie souhaitables

# Attitude chaleureuse

- Thérapeute oscille entre chaleur et rejet
- Éviter de blâmer la victime
- engagement chaleureux
  - Attitude équilibrée,
  - Réponse positive au patient
  - Intérêt à travailler avec lui
  - Ton de voix chaleureux
  - Attitude amicale
  - Limites: interactions peuvent être abrégées
  - Si n'est pas chaleureux, le manifester verbalement (j'aime travailler avec vous)

# Comment s'adapter à sa propre colère face au patient

- Colère si:
  - Patient remet en question la compétence
  - Inonde le thérapeute de questions
  - Menace de s'enlever la vie à la moindre erreur
  - Critique exagérée
  - Sombre dans un silence à la moindre remarque
  - Patient ne s'améliore pas
- conseils au thérapeute:
- Considérer comme un nuage dans le ciel qui ne gâte pas le beau temps. Ne pas accuser ou se dévaloriser
- Colère intense et qui dure: activation des schémas du patient, consultation
- Colère intense est due à une exigence rigide: considérer que le patient n'a pas le choix de se comporter ainsi
- Prendre en considération ses propres limites et les présenter au patient
- Thérapie parfaite impossible. Possibilité de réparer les dégâts

# Contact physique

- Outil pour améliorer la relation
- Crainte car patientes problématiques
- Règles:
  - Contacts physiques faits prudemment et non négligemment
  - Contacts physiques brefs
  - En harmonie avec la relation thérapeutique et non pour modifier une situation (pas pour rétablir une relation thérapeutique tendue)