



# Cours intensif de certification de 4 jours en thérapie comportementale dialectique (TCD)

Lane Pederson, Psy.D., LP

## BIENVENUE!

*Connecter la connaissance avec le besoin* est notre mission. Merci de vous joindre à nous aujourd'hui ! Nous aimerions savoir où vous êtes et ce que vous apprenez. Partagez vos photos en nous identifiant et en utilisant **#PESISeminar** et / ou **#LearningWithPESI**. Vous recevrez un offer spécial à chaque fois ! Et assurez-vous de nous suivre pour des conseils, des outils et des techniques GRATUITS.



 [@PESInc](https://twitter.com/PESInc) [@PESRehab](https://twitter.com/PESRehab)  [www.pinterest.com/pesiinc](https://www.pinterest.com/pesiinc) [www.pesi.com/blog](http://www.pesi.com/blog) | [www.pesirehab.com/blog](http://www.pesirehab.com/blog) |

[www.pesihealthcare.com/blog](http://www.pesihealthcare.com/blog) | <https://kids.pesi.com/blog>



# Cours intensif de certification de 4 jours en thérapie comportementale dialectique (TCD)

Lane Pederson, Psy.D., LP



ZNM044810  
12/19



Droit d'auteur © 2019

PESI, INC.  
PO Box 1000  
3839 White Ave.  
Eau Claire, Wisconsin 54702

Imprimé aux États-Unis

PESI, Inc. s'efforce d'obtenir des auteurs et des professeurs compétents pour ses publications et ses séminaires. Les recommandations cliniques contenues dans le présent document sont le résultat d'une recherche et d'un examen approfondis de l'auteur. De toute évidence, toute recommandation concernant les soins aux clients doit être retardée en fonction des circonstances individuelles. Au meilleur de notre connaissance, toutes les recommandations incluses par l'auteur reflètent la pratique actuellement acceptée. Toutefois, ces recommandations ne peuvent être considérées comme universelles et complètes. Les auteurs et l'éditeur rejettent toute responsabilité pour les effets défavorables qui résultent d'informations, de recommandations, d'omissions ou d'erreurs non détectées. Les professionnels qui utilisent cette publication devraient également rechercher d'autres sources d'autorité originales.

Tous les membres du comité de planification de MEC de PESI, Inc. ont fourni la divulgation des relations financières avec des intérêts commerciaux avant de planifier le contenu de cette activité. Aucun des membres du comité n'avait de relations à faire rapport

**PESI, Inc. offre des programmes et des produits de formation continue sous les marques PESI HealthCare, PESI Rehab, PESI Kids, PESI Publishing and Media (PPM) et Psychotherapy Networker. Pour toute question ou pour passer une commande, s'il vous plaît visitez : [www.pesi.com](http://www.pesi.com) ou appelez notre service à la clientèle au : (800) 844-8260.**



46 p.

12/19

## DOCUMENTS FOURNIS PAR

Le Dr Pederson a offert de la formation et des consultations en TCD à plus de 11 000 professionnels aux États-Unis, en Australie, en Afrique du Sud, au Moyen-Orient, au Canada et au Mexique par l'entremise de sa société de formation et de consultation, Lane Pederson and Associates, LLC ([www.DrLanePederson.com](http://www.DrLanePederson.com)). Parmi les organisations notables pour lesquelles il a été formé, mentionnons l'Hôpital militaire national Walter Reed, le Bureau fédéral des prisons, la Société de psychologie de l'Ontario, la Fondation Omid et Psychotherapy Networker. Il a offert une formation en TCD à des organismes communautaires de santé mentale, à des centres de traitement de la dépendance chimique, à des hôpitaux et à des établissements de soins, ainsi qu'à des thérapeutes en milieu médico-légal. Le Dr Pederson est également copropriétaire d'Acacia Therapy and Health Training ([www.AcaciaTraining.co.za](http://www.AcaciaTraining.co.za)) en Afrique du Sud.

Les publications de TCD du Dr Pederson comprennent le manuel primé *The Expanded Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual*, deuxième édition (PESI, 2017) ; *Dialectical Behavior Therapy : A Contemporary Guide for Practitioners* (Wiley, 2015) ; et (PESI, 2013).

Praticien du monde réel, le Dr Pederson est copropriétaire de Mental Health Systems, PC (MHS), l'un des plus grands cabinets spécialisés en TCD aux États-Unis avec quatre cliniques au Minnesota ([www.mhs-dbt.com](http://www.mhs-dbt.com)). À la MHS, le Dr Pederson a élaboré des programmes de TCD pour les adolescents, les adultes, les personnes atteintes de troubles duaux et les personnes ayant une déficience intellectuelle. Il a été directeur clinique et de la formation, a dirigé des études de résultats cliniques basées sur la pratique et a supervisé les soins de milliers de clients ayant besoin de services ambulatoires intensifs.

En 2011, le Dr Pederson a cofondé la Dialectical Behavior Therapy National Certification and Accreditation Association (DBTNCAA), maintenant Evergreen Certifications, la première organisation active à certifier les fournisseurs de TCD et à accréditer les programmes de TCD.

Le Dr Pederson siège actuellement au conseil consultatif du programme de counseling médical de l'Université Saint Mary's du Minnesota et est un pair examinateur pour Forensic Scholars Today.

**Lane Pederson n'est pas affiliée ou associée à Marsha M. Linehan, PhD, ABPP ou à ses organisations.**

**Speaker Disclosure Financial :** Lane Pederson maintient un cabinet privé. Il est auteur pour PESI Publishing & Media et reçoit des redevances. Le Dr Pederson reçoit des honoraires d'allocution de PESI, Inc. **Non financier :** Lane Pederson n'a aucune relation non financière pertinente à divulguer.

*Le matériel qui est inclus dans ce cours peut inclure des interventions et des modalités qui vont au-delà de la pratique autorisée des professionnels de la santé mentale. En tant que professionnel autorisé, vous êtes responsable d'examiner le champ d'exercice, y compris les activités qui sont définies dans la loi comme étant au-delà des limites de la pratique conformément aux normes de votre profession et en conformité avec celles-ci.*

A square box with a light gray gradient background. It contains four horizontal lines for text entry, arranged in a staggered fashion:

- Line 1: A single horizontal line.
- Line 2: A single horizontal line.
- Line 3: A single horizontal line.
- Line 4: A single horizontal line.

## **Pourquoi apprendre la TCD ?**

- Les thérapeutes trouvent que les philosophies d'acceptation et de non-jugement de la TCD sont un choix naturel
- La TCD offre un large éventail d'interventions, dont beaucoup concernent l'alliance de traitement
- La TCD est une approche « privilégiée » (c.-à-d. souhaitée par de nombreux clients et promue par les payeurs et les décideurs)
- La TCD est une approche enseignable, apprenable et pratique... il s'agit d'une force relative par rapport à d'autres approches tout aussi efficaces, mais plus compliquées à déployer

## **Comment être efficace en tant que thérapeute**

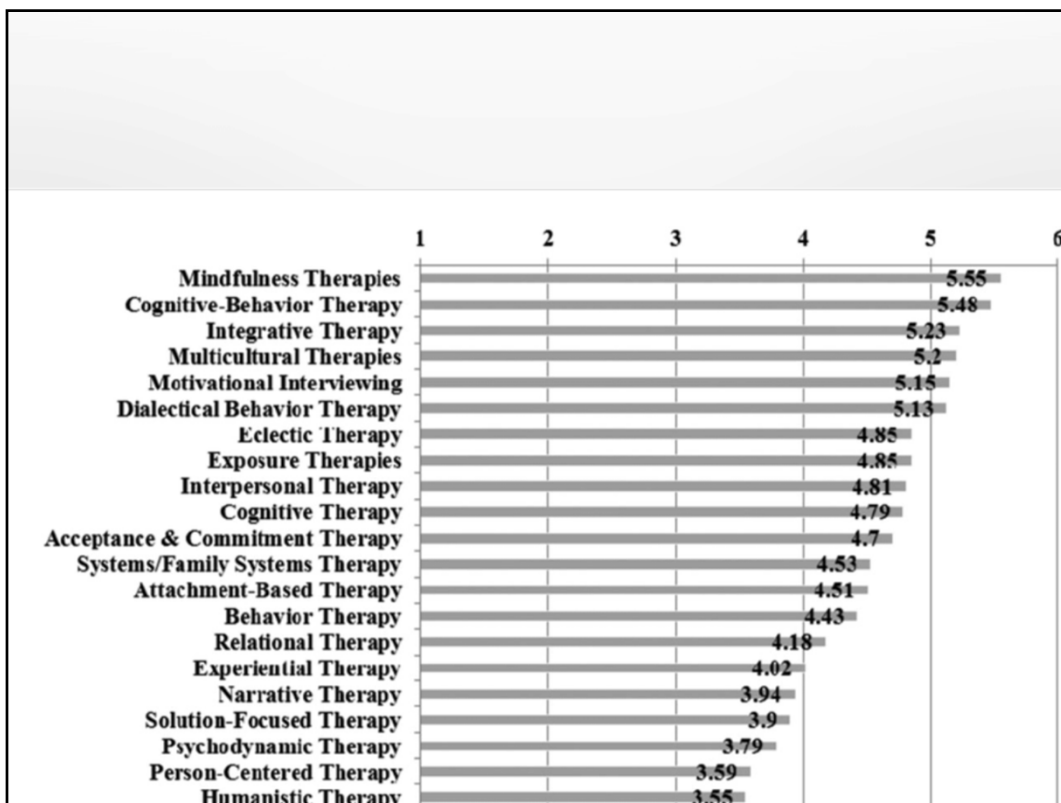
« Les thérapeutes devraient choisir pour chaque patient le traitement qui correspond, ou peut être amené à s'accorder, avec les caractéristiques personnelles du patient compte tenu du problème. Il est également implicite que les thérapeutes devraient chercher à apprendre autant d'approches qu'ils trouvent agréables et convaincantes. La création d'une bonne correspondance thérapeutique peut impliquer à la fois d'éduquer le patient sur le schéma conceptuel du thérapeute et, si nécessaire, de modifier le schéma pour prendre en compte les concepts que le patient apporte à la thérapie » (Frank & Frank, 1991, p.xv).

**En d'autres termes, il s'agit de personnaliser les approches !**



## Adapter la TCD ? Oui tu peux!

- La TCD, qui est dérivée de la TCC et d'autres traitements, est très adaptable
- La recherche sur la TCD adaptée dépasse la recherche sur la TCD « standard » (le cadre de traitement original et la prestation de services)
- Tout, et tout, enseigné dans ce cours peut être utilisé d'une manière éclectique et / ou intégrative (et bien sûr dans un programme de TCD)

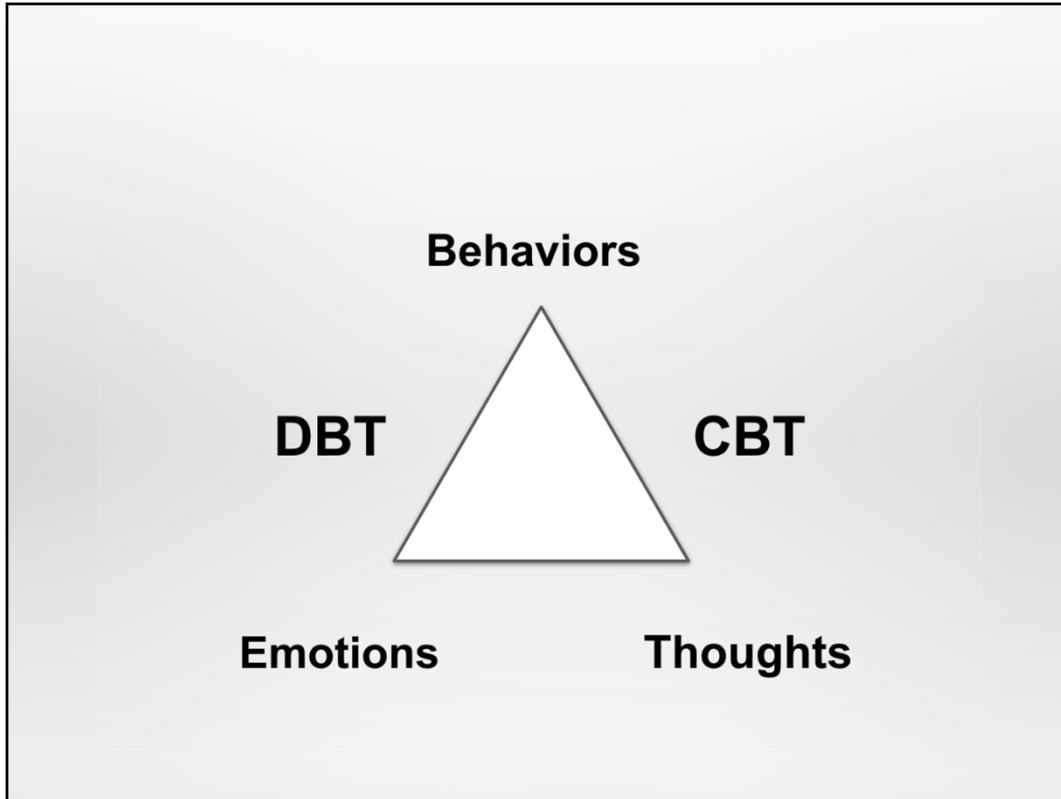


## La TCD aujourd'hui : recherche et pratique

- La TCD doit son développement à des centaines de chercheurs et à des milliers de praticiens
- La TCD s'est étendue bien au-delà de son objectif initial sur un modèle « standard » utilisé pour une population de traitement (DPP) étroite
- La TCD est couramment appliquée à l'ensemble des populations et des milieux de traitement, des diagnostics et des niveaux de soins (***les adaptations sont à la fois courantes et fondées sur des données probantes***)

## La TCD a vu le jour avec la TCC

- La TCD emprunte le plus fortement à la TCC (le livre original de la TCD s'intitulait Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder)
- La TCD a été ajoutée dans les stratégies basées sur l'acceptation (aujourd'hui, les traitements de TCC de troisième vague ont également ces stratégies)
- L'écart le plus notable par rapport à la TCC se situe au niveau théorique : la TCC est axée sur la pensée tandis que la TCD est axée sur les émotions



## **Changements et ajouts à la TCD à la TCC**

- Théorie de l'orientation basée sur les émotions
- Processus dialectique (synthèse des opposés)
- Accent mis sur les stratégies d'acceptation
- Formation sur les compétences psychoéducatives organisées
- Accent mis sur la consultation au sein de l'équipe de traitement
- Accent mis sur les étapes et la hiérarchie du traitement

## **La TCD emprunte à de nombreuses approches**

- La TCD partage des points communs avec la TCC, les approches centrées sur le client, psychodynamiques, gestaltes, paradoxales et stratégiques, entre autres (Heard et Linehan, 1994 ; Marra, 2005)

## **TCD et autres approches**

- **DBT partage avec les approches comportementales :**
  - **Enseigner** et renforcer les compétences
    - Analyse comportementale (analyse fonctionnelle)
  - **Gestion** des contingences



## TCD et traitements de dépendance chimique

- La TCD et les entrevues motivationnelles (IM) **se complètent**.  
Les deux partagent des aspects centrés sur le client et utilisent des concepts dialectiques.
- La TCD **chevauche la** prévention des rechutes. Les deux embrassent les concepts de l'acceptation, l'apprentissage des revers et l'élaboration de plans d'action pour prévenir de futurs revers
- La TCD et les traitements traditionnels comme 12 Step **peuvent également être combiné**
- Il est important de noter que la TCD appuie les pratiques de réduction des méfaits, **même si ce n'est pas le cas hésiter à promouvoir l'abstinence comme objectif de traitement**

## **S'agit-il de la TCD ? Principaux « ingrédients » de la TCD**

### **Théories et philosophies directrices :**

- Philosophie dialectique
- Théorie biosociale
- Hypothèses du client/thérapeute
- Cinq fonctions de la TCD

### **Structure de traitement :**

- Modes de prestation de services/Tx
  - Thérapie (individuelle/de groupe)
  - Formation professionnelle
  - Coaching
  - Consultation
- Étapes Tx
- Hiérarchie Tx
- Règles, attentes et accords

### **Modules de formation professionnelle**

- Pleine conscience
- Tolérance à la détresse
- Régulation des émotions
- Efficace interpersonnelle
- Modules et compétences supplémentaires

### **Outils de TCD :**

- Carte de journal
- Analyse du comportement et de la solution

### **Stratégies de mobilisation :**

- Éduquer et socialiser
- Orientation
- Stratégies d'engagement

## Philosophie dialectique

- La dialectique est née avec les premiers philosophes
- Aucune position n'est absolue ; chaque position a sa propre sagesse ou vérité (ne serait-ce qu'un noyau à certains moments)
- Les tensions opposées sont interconnectées, interdépendantes et définies les unes par les autres
- La synthèse des opposés, en comprenant divers contextes et en recherchant un équilibre viable, conduit au changement
- Le changement est continu, de sorte que la dialectique nécessite de la fluidité
- La dialectique cherche également « ce qui manque »
- **La dialectique respecte aussi les « vérités » subjectives !**





## **Dialectique avec troubles duaux**



- La prière de sérénité (acceptation et changement !)
- Vouloir et résister au changement
- Utilisation même lorsqu'elle cause activement des dommages



## Dialectique avec adolescents

- 
- Ne pas être trop strict et ne pas être trop indulgent
  - Ne pas créer de dépendance et ne pas forcer l'indépendance
  - Ne pas pathologiser ce qui est normal et ne pas normaliser le pathologique
  - Soi-même et les autres
  - Responsabilité et plaisir
  - Structure et flexibilité

## Quand ne pas être dialectique : Abstinence dialectique

- Parfois, les comportements sont si destructeurs qu'il n'y a pas de terrain d'entente : ils doivent être complètement abandonnés
- Façonner l'engagement à 100% à s'abstenir de ces comportements
- Lorsqu'un SLIP se produit, l'apprentissage des compétences améliore les progrès ; Les erreurs sont les enseignants
- Lorsqu'une erreur se produit, évitez « l'effet de violation de l'abstinence » en revenant immédiatement à l'engagement
- Vous êtes TOUJOURS abstinent ou travaillez pour revenir à l'abstinence

## **Vue de la TCD sur l'abstinence**

- Tous les clients ne peuvent pas être abstinents au début du traitement, mais l'abstinence est un objectif principal du traitement
- Ce ne sont pas tous les clients qui entrent en traitement qui ont les compétences nécessaires pour maintenir l'abstinence
- L'engagement envers l'abstinence se produit avec des délais réalistes qui seront rehaussés

## **Théorie de la TCD : le modèle biosocial**

- Les clients souffrent de vulnérabilités émotionnelles
- Les vulnérabilités émotionnelles peuvent provenir de nombreuses sources (p. ex., problèmes d'attachement, perte, traumatisme), mais on suppose souvent qu'elles sont biologiques

## **Théorie de la TCD : le modèle biosocial**

- Les vulnérabilités émotionnelles sont caractérisées par :
  - Sensibilité émotionnelle
  - Réactivité émotionnelle
  - Retour lent à la ligne de base émotionnelle
- Au fil du temps, les émotions sont sensibilisées, conduisant à un effet « d'allumement »
- Cette émotivité (et l'invalidation associée) est associée à de nombreux problèmes (troubles)
- L'émotivité conduit à l'évasion et l'évitement qui conduit à la chronicité

## **Types courants d'invalidation**

- Sévices et négligence
- Ignorer de façon inappropriée
- Rejet ouvert des pensées, des sentiments et des comportements
- Rendre les réponses « normales » « anormales » et vice versa
- Ne pas communiquer comment l'expérience « a du sens »
- S'attendre à des comportements que l'on ne peut pas effectuer (par exemple, en raison du niveau de développement, de l'émotivité ou des déficits comportementaux)
- Mauvais « ajustement » de l'environnement

## La théorie biosociale guide les cibles et les stratégies de traitement

- **La validation** est une intervention primaire pour :
  - Réduire l'émotivité aiguë
  - Fournir une exposition douce aux émotions
  - Fournir un environnement de validation corrective (et un nouvel apprentissage)
  - Créer un pont vers l'auto-validation de l'apprentissage
  - Ouvrir le client aux interventions de changement
- **La régulation des émotions** est enseignée pour :
  - Comprendre comment l'émotion se produit
  - Réduire la vulnérabilité aux émotions intenses
  - Augmenter les possibilités d'émotions positives
  - Aider à sortir des comportements inefficaces de l'humeur-congruents

26

## La théorie biosociale guide les cibles et les stratégies de traitement

- **La pleine conscience** (non-jugement et acceptation) est enseignée à :
  - Réduire l'amplification des émotions
  - Réduire l'évasion et l'évitement des émotions
  - Créer une expérience qualitativement différente et efficace des émotions
- **Tolérance à la détresse** apprend à :
  - Fournir des moyens sains de faire face aux émotions en cas de besoin
- Utiliser la théorie pour conceptualiser le but des interventions utilisé

## **Radically Open DBT (RO-DBT) et la théorie de la surréglementation (Lynch 2003, 2007, 2013)**

- Certains clients souffrent d'une surréglementation émotionnelle
- Conduit à une expression émotionnelle inhibée, à une expérience émotionnelle minimisée et à des relations déconnectées ainsi qu'à une maîtrise de soi excessive et à un manque de flexibilité adaptative
- Reconnaît les contributions des environnements à la maîtrise de soi, à la maîtrise de soi comportementale et à l'inflexibilité

## **Radically Open DBT (RO-DBT) et la théorie de la surréglementation (Lynch 2003, 2007, 2013)**

- Peut être utile avec quelques dépressions résistantes au traitement, anorexie, TOC, OCPD, et les troubles du spectre de l'autisme.
- RO-DBT enseigne la sensibilisation, l'auto-enquête, le contrôle flexible et l'intervention sociale et environnementale flexible
- Pour en savoir plus : Le manuel de formation des compétences pour la thérapie comportementale dialectique radicalement ouverte : Guide du clinicien pour le traitement des troubles de Surcontrôle (Thomas R. Lynch, 2018)

## Être flexible à la théorie du changement du client

- Tous les clients ne correspondent pas à une théorie particulière
- Renseignez-vous sur la théorie du client sur ses difficultés et ce qui aiderait au changement
- Les théories du client sont déjà acceptées par eux, ce qui est un avantage
- **Les** compétences et les interventions en matière de TCD sont largement adaptables
- Si la TCD ne peut être mise en accord avec les théories du client, trouver un traitement plus préférable

•

## **Hypothèses de base de la TCD : Hypothèses du thérapeute**

- Les thérapeutes pratiquent le respect, l'empathie, la validation et l'absence de jugement dans les interactions thérapeutiques
- Le thérapeute doit être implacable, mais sincèrement et

## **Hypothèses de base de la TCD : Hypothèses relatives au traitement**

- Le milieu du traitement doit être sans jugement et responsable
- Le traitement doit renforcer les comportements qui fonctionnent dans la vie et ne pas permettre aux clients de pratiquer des comportements dans le traitement qui ne fonctionnent pas dans la vie
- Voir les croyances de la TCD au sujet de la formation axée sur les compétences, page

---

**1, dans le paquet de documents**

environnements

**Structure de traitement/prestation de services : *La TCD complète est multimodale avec***

- ***Quatre modes principaux***
  - Thérapie de TCD (individuelle ou de groupe)
- Formation professionnelle (psychoéducation le plus souvent en format de groupe)
- Coaching de compétences (téléphone, sms, e-mail ou sur place)
- Consultation
- **REMARQUE : La façon dont ces modes sont offerts dépend de facteurs comme la population, le milieu, le niveau de soins, etc.)**



## **Demandes de TCD**

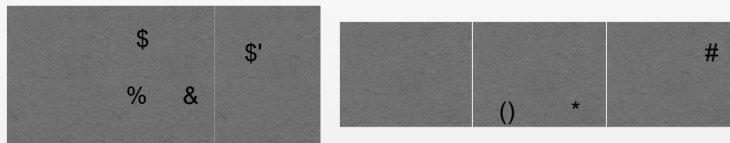
- Cadres de traitement (prestations de services) :
  - Modèle standard (aussi appelé Modèle Linehan ou Adherent)
  - Modèles adaptés (p. ex., format de groupe)
  - Thérapie individuelle seulement
  - Groupe de compétences seulement
- L'Intégrer À D'Autres Modèles (Assimilation Technique, Éclectique, Intégratif)
- Il suffit d'être clair avec un consentement éclairé

## **Prestation de services (quatre modes) de la TCD standard**



- Une équipe standard de TCD se compose de thérapeutes individuels qui sont également responsables de l'encadrement téléphonique et des formateurs de compétences qui co-dirigent le groupe de compétences
- Le groupe de consultation s'adresse uniquement aux membres de l'équipe de TCD, et le contenu du groupe de consultation se concentre sur les besoins des thérapeutes ainsi que sur les besoins des clients

### Prestation de services de TCD intensive en consultation externe (PIO)



- Une journée de traitement de la TCD de la PIO comprend une formation professionnelle, un examen de la carte de journal et une thérapie de TCD, le tout dans un format de groupe. Une bande de soins typique est de trois à cinq jours
- Pour une journée de traitement plus courte (p. ex. TCD chez les adolescents), l'examen de la carte du journal peut être omis.
- Une thérapie individuelle est nécessaire et peut être une TCD ou une autre approche (si elle est offerte par un thérapeute externe)
- Le groupe de consultation se compose de thérapeutes de programme et individuels. Les thérapeutes de l'extérieur sont impliqués par le biais de la coordination des soins de routine

### Prestation de services d'un groupe de compétences



- Développer un groupe de compétences qui peut être une TCD autonome servir ou compléter d'autres services.
- Déterminer la fréquence et la longueur du groupe de compétences
- Selon la fréquence et la longueur, envisagez d'ajouter dans l'enregistrement des compétences ou même dans le temps de traitement basé sur les compétences pour compléter la formation professionnelle

## Mise à jour sur la recherche

- Publié en 2015 :
  - Composante ECR avec trois conditions : TCD standard versus groupe de compétences par rapport à la thérapie individuelle (c.-à-d. conditions démantelées)
  - AUCUNE différence sur les principales variables d'intérêt ; aucune différence fiable sur les variables mineures d'intérêt
- Conclusions :
  - Toutes les approches structurées ont fonctionné
  - Prend en charge les variations de différents formats de traitement **ET les applications de TCD démantelées (en particulier lorsqu'elles sont croisées avec d'autres résultats de recherche)**
  - Le plus important est que les clients obtiennent le niveau de soins approprié en fonction des besoins médicaux

## Il y a plus d'une façon d'appliquer les données probantes

- **Fidélité au traitement** : *compétence plus haute adhésion au manuel/modèle (vital en recherche)*
- **Pratique fondée sur des données probantes** : *Compétence Plus guidée par un manuel avec des adaptations fondées sur l'expertise et les besoins des clients (vital dans la pratique)*
- **L'une ou l'autre méthode dans le monde réel devrait utiliser des données probantes fondées sur la pratique** : *recueillir des données sur le niveau de pratique pour déterminer l'efficacité et ajuster le traitement au besoin*

## TCD (et autres thérapies) : Perspectives normatives et contextuelles

- Prescriptif (fidélité à EBT) :
  - Paire de manuels de traitement au diagnostic
  - Taux d'adhésion élevé attendu

## La recherche appuie le mieux le modèle contextuel

- Résultats empiriques à l'appui du modèle contextuel (Wampold, 2001) :
  - La thérapie est généralement efficace, sans différences significatives entre les modèles (Dodo Bird Verdict)
  - Les facteurs thérapeutiques (c.-à-d. les facteurs communs) ont des effets plus importants que les facteurs spécifiques (c.-à-d. les ingrédients ou les interventions spécifiques trouvés dans les manuels)
  - Une adhésion élevée n'est pas nécessaire, **mais la cohérence est importante** (voir Web et al., 2010)
  - L'allégeance (croyance du thérapeute dans l'approche) est très importante
  - Les effets du thérapeute sont plus importants que les effets du traitement

## **Le statut des ingrédients spécifiques et des traitements hautement vantés**

« [L]es ingrédients spécifiques ne sont pas actifs en eux-mêmes.

### **Il est important de noter...**

- Les <sup>ECR peuvent manquer de validité externe (généralisabilité) :</sup>
  - Les clients du monde réel diffèrent souvent de manière importante des sujets de recherche
  - Les milieux nécessitent souvent des changements dans le cadre de traitement (prestation de services) pour de nombreuses raisons
- La TCD standard peut ou non être la meilleure option
- Les « ingrédients » de la thérapie constituent une partie importante de la thérapie, mais ils devraient être au second plan par les facteurs thérapeutiques
- ***Encore une fois, L'ADAPTATION DES MODÈLES DE TRAITEMENT EST UNE PRATIQUE COURANTE ET UNE PRATIQUE FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES***

**Depuis 2006 ! L'American Psychological Association (APA) a plaidé en faveur de la pratique fondée sur des données probantes (EBP)**

- **La** politique de l'APA cherche à équilibrer :
  - Meilleure recherche
  - Expertise clinique
  - Culture, caractéristiques et préférences du client

**Collecte et utilisation des résultats cliniques :  
*données probantes fondées sur la pratique***

- Tous les fournisseurs et programmes, y compris le modèle standard, doivent surveiller et évaluer les résultats
- Les données sur les résultats sont utilisées pour guider et améliorer

## **Données comportementales et autres à suivre**

(de La thérapie comportementale dialectique, Pederson, 2015)

- Hospitalisations, y compris le nombre de jours de chaque événement
- **Visites** à l'urgence
- Tentatives de suicide

## **Données comportementales et autres à suivre**

(de La thérapie comportementale dialectique, Pederson, 2015)

- Jours de traitement/durée du séjour
- Taux d'atteinte des objectifs de traitement mesurables
- **Actes** d'agression envers les autres
- Nombre de rapports d'incident en ce qui concerne le comportement du client

## **Exemples de mesures fiables et valides des résultats**

- Trousse de résultats du traitement (TOP)
- Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)
- Bref inventaire des symptômes (BSI)
- L'échelle d'évaluation des résultats (ORS) et l'échelle d'évaluation des sessions (SRS) ; PCOMS...  
[www.heartandsoulofchange.com](http://www.heartandsoulofchange.com)
- Inventaires de Beck (dépression, anxiété, désespoir, idées suicidaires, inventaires de jeunes)
- Échelle de diagnostic du stress post-traumatique (PDS)
- Inventaire de la consommation d'alcool (AUI)

## **Considérations relatives à l'évaluation des résultats**

- Décidez de la façon dont vous évalueriez les résultats (p. ex., ce que vous suivrez et à quelle fréquence)
- Élaborer des formulaires ou des logiciels appropriés (p. ex., des feuilles de suivi)
- Mettre au point un système pratique de suivi des données, y compris les données



## Résultats cliniques : Exemple TOP

From BHL Fri 08 Apr 2011 10:17:50 AM EDT Page 1 of 2

**Adult Client Report**

Report prepared for: Lane Padarson, Psy.D.  
 Provider Code: 433416800  
 Form Code: 2001461246  
 Client Code: 1002081977  
 Date of Eval: Apr 8, 2011

| Basic Information                            | Medical Information               | History Information                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Gender: Female                               | General health: Fair              | BH hospitalizations: 4                |
| Year of Birth: 1984                          | Physician visits last 2 months: 3 | Hosp risk: 0                          |
| Martial: Single                              | Current prescriptions: 4          | Previous therapists seen: 0           |
| Degree/Grade: High school                    | Behavioral health medications: 4  | Employment: Employed full-time        |
| Religion:                                    | Medication: 300                   | Living situation: Living with friends |
| Ethnicity: Caucasian/White                   | Insurer: 400                      | Participation voluntary? Yes          |
| Administration: Completely Self-Administered | Medication: 400                   | Payer: 006ELF                         |
|                                              |                                   | Payer Required:                       |

WARNING: This report is provided as a service to health professionals strictly as an aid in evaluating and tracking client progress in treatment. It is inappropriate to use this report for determination of benefits or as a diagnostic tool in lieu of a qualified professional evaluation.

**CONSIDERATIONS:**

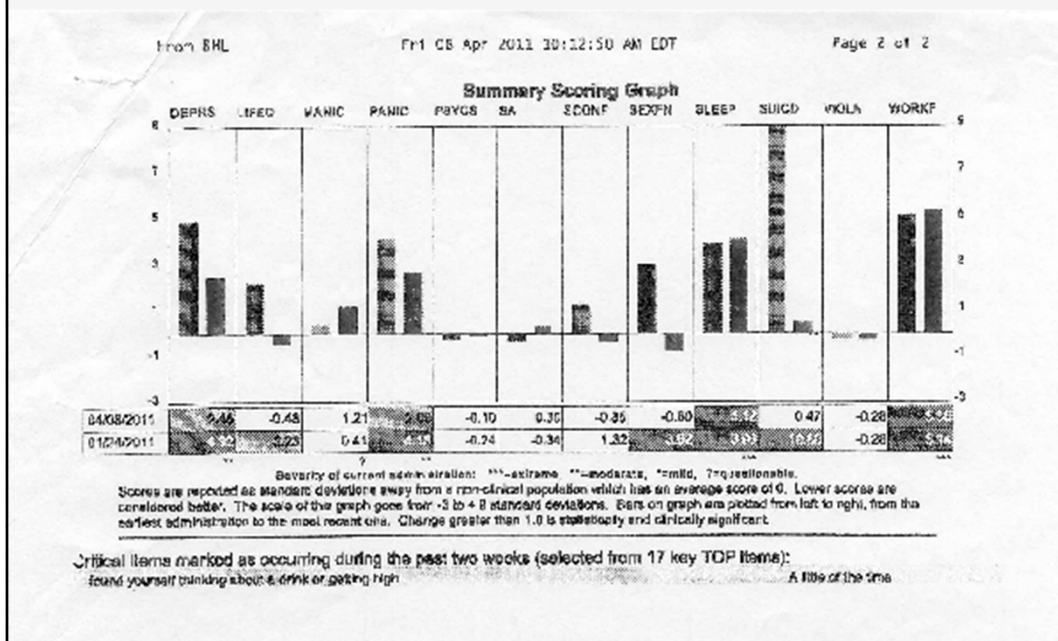
**AXIS I:**  
 Dysphoria 300.4; Incontinence; PTSD 308.81; Panic Attacks;

\*NOTE: At least one hallmark symptom of the above referenced diagnoses has been endorsed. It does not mean that the report is suggesting those diagnoses are present. It just means one of probably many symptoms is present and warrants your consideration. Not all DSM diagnoses have corresponding symptoms on the TOP. However, flagging those that do, and that are endorsed, often assists the clinician in making a thorough diagnostic assessment.

**AXIS III:**  
 Health Factors: Currently affecting health: Taking medication: Seen doctor in past year: Hospitalized in past year:

**AXIS IV:**  
 Breakdown items: Last 30 days: Last 12 months:

## Résultats cliniques : Exemple TOP



## Résultats cliniques : Exemple TOP

From BHL Wed 01 Apr 2015 08:35:47 AM EDT Page 1 of 2

**The National Leader in Outcomes Management**

**Adult Client Report**

Report prepared for: Lana Pederson, Psy.D.  
 Provider Code: 433416800  
 Form Code: 2000980066  
 Client Code: 1002189582  
 Date of Eval: Mar 31, 2015

| Basic Information |                              | Medical Information             |           | History Information       |                                  |
|-------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------|---------------------------|----------------------------------|
| Gender:           | Female                       | General health:                 | Very Good | Self hospitalizations:    | 11 or more                       |
| Year of birth:    | 1984                         | Physician visits last 7 months: | 7         | Hosp risk:                | D                                |
| Marital:          | Widowed                      | Current prescriptions:          |           | Previous therapists seen: | 3                                |
| Occupation:       | Four-year college            | Behavioral health:              | 2         | Employment:               | Unemployed, not looking for work |
| Religion:         | Other Christian              | Medications:                    |           | Living situation:         | Living alone                     |
| Ethnicity:        | Caucasian/White              | Ativan - 153                    |           | Participation Voluntary?  | Yes                              |
| Administration:   | Completely Self-Administered | Hydroxyzine - 26                |           | Payer:                    | 006ELF                           |
|                   |                              | Ultram - 150                    |           | Payer Request:            |                                  |

**WARNING:** This report is provided as a guide to health professionals strictly as an aid in evaluating and tracking client progress in treatment. It is inappropriate to use this report for determination of benefits or as a diagnostic tool in lieu of a qualified professional's evaluation.

**CONSIDERATIONS:**

**AXIS I:**  
 Dysthymia 500.4; Insomnia; Major Depressive Episode; OCD 500.3; PTSD 500.01; Panic Attacks; Sexual Functioning Disorder;  
 \*NOTE: At least one hallmark symptom of the above referenced diagnoses has been endorsed. It does not mean that the report is suggesting these diagnoses are present. It just means one of probably many symptoms is present and warrants your consideration. Not all DSM diagnoses have corresponding symptoms on the TOP. However, flagging those that do, and that are endorsed, often assists the clinician in making a thorough diagnostic assessment.

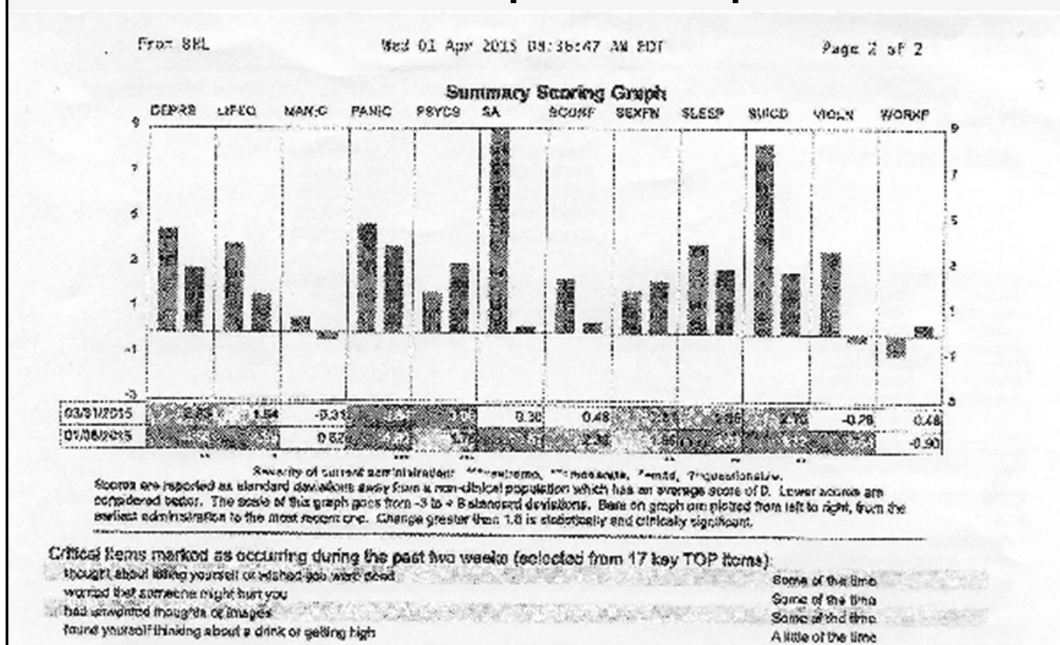
**AXIS II:**

| Health Factors                               | Currently affecting health | Taking medication | Seen doctor in past year | Hospitalized in past year |
|----------------------------------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------------|
| Alcohol                                      | Yes                        | No                | No                       | Yes                       |
| Hypertension (hypertension, hypertension...) | Yes                        | Yes               | Yes                      | No                        |

**AXIS IV:**

| Stressful Items | Last 30 days | Last 12 months |
|-----------------|--------------|----------------|
|                 |              |                |

## Résultats cliniques : Exemple TOP



## **Importance de la structure de traitement**

- Un cadre de traitement/prestation de services clair et d'autres structures sont un facteur commun dans les traitements empiriquement étayés pour le trouble de la personnalité limite (TPL) (Weinburg et coll., 2011)
- La recherche montre que les présentations plus complexes des clients nécessitent une plus grande structure de traitement
- La structure crée la prévisibilité, la sécurité et le succès pour les clients et les thérapeutes
- « Dire ce que vous faites et faire ce que vous dites » est le fondement de la confiance, et cela parle à l'alliance thérapeutique

## **Exemples de structure de traitement**

- Cadre de traitement/prestation de services
- Accords de thérapie détaillés, règles et attentes (des thérapeutes aussi)
- Suivre les routines typiques de la thérapie et / ou chaque partie d'un programme
- Utilisation des étapes du traitement et de la hiérarchie des traitements
- Utilisation de cartes de journal, d'analyses comportementales, de devoirs et de plans de sécurité et de compétences écrits
- Plans de traitement avec des buts et des objectifs clairs, créés tôt dans le processus de thérapie
- Protocoles détaillés pour traiter de la sécurité et d'autres questions
- Même commencer et se terminer à l'heure !

## Structure de la thérapie individuelle

Ayez un cadre clair à l'esprit (plus les difficultés sont grandes, plus la structure est importante). Voici une suggestion de cadre :

- 3 à 5 minutes de pleine conscience
- Examiner les devoirs et les demandes de renseignements sur d'autres modes de traitement (le cas échéant)
- Examiner la carte du journal pour déterminer les cibles de traitement
- Établir l'ordre du jour en fonction de la carte du journal et des commentaires du client, y compris la description du client de son état émotionnel actuel
- Faire les travaux recensés de la session
- Assigner des devoirs pour la semaine prochaine
- Terminez avec 3 à 5 minutes de pleine conscience

Laissez suffisamment de temps pour clore la séance, surtout si du matériel difficile est couvert

## Structure du groupe de compétences

- Déterminer le programme de compétences ; avoir un programme d'études tout en étant flexible aux besoins du groupe
  - Le programme commun alterne à travers les modules, révisant la pleine conscience à chaque changement
  - Revoir les compétences au besoin ; à l'occasion, « mélangez-le » pour l'intérêt

## Structure de la thérapie de TCD effectuée en groupe

- Commencez par 3 à 5 minutes de pleine conscience
- Revoir les devoirs
- Établir l'ordre du jour du groupe (p. ex., quels sont les besoins thérapeutiques de la journée et qui a besoin de « temps » thérapeutique ; tous les clients ayant des comportements cibles identifiés doivent prendre du temps de traitement)
- Chaque personne obtient un temps égal (il y a des avantages et des inconvénients du temps géré par le groupe par rapport à l'utilisation d'une minuterie)
- Assurez-vous de généraliser ce qui est discuté à temps à la vie en dehors de la thérapie
- Assigner des devoirs
- Terminez avec 3 à 5 minutes de pleine conscience

## Programmes de groupe de TCD et contagion

- La contagion se produit lorsqu'une personne copie le comportement d'une autre
- Cela se produit lorsqu'un modèle a une influence sociale et que le comportement a un gain clair... deux incitations pour un autre à copier le comportement.
- **La contagion est une construction bidirectionnable : elle peut être utile (p. ex., copier l'utilisation des compétences) ou destructrice (p. ex., copier un comportement d'automutilation). Des programmes efficaces favorisent la contagion utile**
- Méfiez-vous de l'«instigateur » et de l'«imitateur » avec une contagion destructrice. L'instigateur a besoin de responsabilité et l'imitateur a besoin d'un travail d'identité. La contagion destructrice est plus probable lorsque des comportements nuisibles sont autorisés à être promus et / ou glorifiés. Les médias sont un coupable commun.
- La contagion est plus fréquente dans les contextes où les clients ont beaucoup de temps non surveillé

## Étapes du traitement

- **Étape de prétraitement** : Orientation du client et de l'environnement vers le traitement et l'établissement d'un engagement (c.-à-d. accord sur les objectifs et les méthodes)
- **Stade 1 avec des objectifs de traitement et une hiérarchie de :**



## La hiérarchie de la TCD en détail

- La hiérarchie des traitements détermine « ce qu'il faut traiter quand » et établit les priorités suivantes (c.-à-d. les objectifs de traitement) :
  - Comportements suicidaires et pulsions suicidaires intenses
  - Comportements d'automutilation (SIB) et comportements d'utilisation de substances (SUB)
  - Comportements interférents avec le traitement (TIB)
  - Comportements interférents de la qualité de vie (QIB)

**La hiérarchie est un ensemble de lignes directrices qui peuvent être ajustées en fonction de l'expertise et des besoins des clients**

**Remarque : La hiérarchie est particulièrement utilisée au cours de la 1ère étape du traitement qui se concentre sur la stabilité**

## **Exercice de directives hiérarchiques**

### **Un client :**

- A des pensées suicidaires faibles à modérées. Aucun antécédent d'action sur si et est actuellement engagé à la sécurité
- A bu jusqu'au point d'intoxication tous les soirs au cours de la dernière semaine
- A l'automutilation superficielle, gratter les bras, laisser des marques, mais non

## **Mise en œuvre d'un programme de TCD : ce qu'il faut considérer**

- Population cible (critères d'inclusion/d'exclusion)
- Niveau de soins requis pour la population
- Objectifs du programme (p. ex. stabilisation aiguë, symptômes réduction, amélioration à long terme du fonctionnement)
- Ressources disponibles (personnel, espace, autres)
- Le personnel « adhère » (allégeance) à l'approche
- Durabilité de l'approche



## **Mise en œuvre d'un programme de TCD : ce qu'il faut faire**

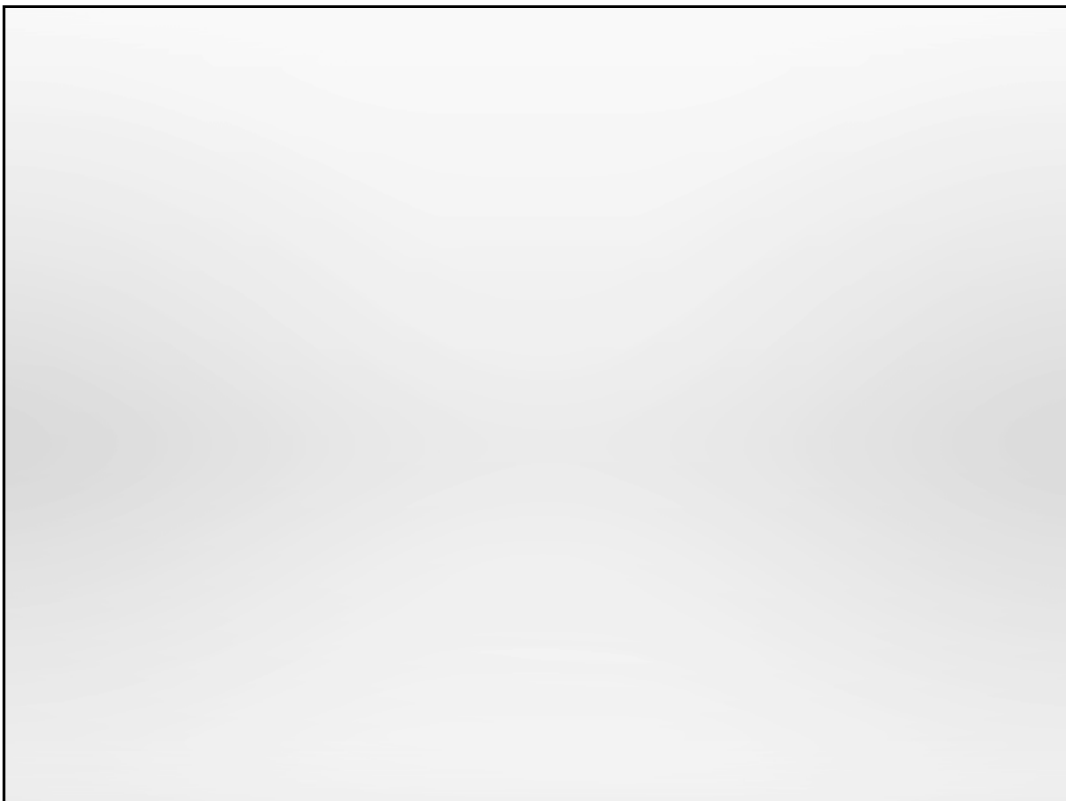
- Cadre de traitement clair
- Attentes claires du programme
- La TCD approfondie et la formation professionnelle pour tout le personnel
- Consultation continue
- Formation continue et élaboration de programmes
- Surveiller les résultats et les utiliser pour améliorer les services

## **Considérations communes avec les programmes de TCD**

- Des programmes séparés ou mixtes pour les hommes et les femmes ?
- Groupes ouverts ou fermés ?
- Durée du séjour ?
- Quand commencer de nouveaux clients ?
- Manuels/programmes d'études du programme ?
- Combien de temps pour enseigner chaque compétence ?
- Pour les adolescents : Pour inclure les parents dans la formation professionnelle ou non ?



- 
- Facultatif : Lisez un ou plusieurs des quatre principaux modules de compétences (pleine conscience, tolérance à la détresse, régulation des émotions et efficacité interpersonnelle) si vous avez un manuel
  - Si vous n'avez pas de manuel... faites des recherches et obtenez-en une !





## **Sur les manuels de formation professionnelle...**

« Il n'y a pas de raison a priori pour laquelle une formation professionnelle programme ne peut pas être substitué à un autre... Dans un sens, ce que je recommande, c'est que si vous n'utilisez pas le

### **Quatre modules de compétences originales (catégories de compétences)**

- **Pleine conscience**
  - Esprit sage et compétences de base « Quoi » et « Comment »
- **Tolérance à la détresse**

### **Compétences dans des contextes individuels**

- Recommandé pour les clients de faible intensité (où un certain temps individuel peut être consacré à l'enseignement des compétences)
- Réserver du temps au début ou à la fin de la session pour la formation professionnelle
- Suivez un programme d'études et/ou personnalisez-le en fonction des besoins et des préférences des clients
- Envisager une approche de bibliothérapie avec certains clients
- Entrelacer des compétences pour tous les types de clients (c.-à-d. « parler » et appliquer des compétences tout au long des séances)
- **Remarque : Certains clients à forte intensité ont besoin d'une formation individuelle pour diverses raisons**

## **Compétences dans les milieux de groupe de compétences**

- Recommandé pour les clients de haute intensité (où il n'y aura pas assez de temps pour enseigner les compétences dans les séances individuelles)
- La durée du groupe/nombre d'heures de formation professionnelle est

●

## Liste de contrôle de la formation axée sur les compétences

- **Suit une structure globale claire**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, examine les devoirs des séances précédentes, introduit la leçon de compétences, présente la leçon de compétences, attribue les devoirs, se termine par la pleine conscience, ferme la session)
- **Commence par la pratique de la pleine conscience**
- **Passe en revue les devoirs à la maison**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, examine les devoirs inachevés comme un comportement interférant avec le traitement, triant au thérapeute individuel ou de groupe au besoin)
- **Introduit le sujet des compétences**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, examine la compétence enseignée et comment elle se rapporte aux objectifs identifiés des clients)
- **Montre la maîtrise conceptuelle des compétences présentées**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, examine les compétences enseignées, peut discuter de la compétence couramment, et est en mesure de répondre aux questions)
- **Est préparé avec des exemples et /ou des exercices expérimentiels pour les clients**  
(c.-à-d. prend la formation professionnelle au-delà de la conférence)

## Liste de contrôle de la formation axée sur les compétences

- **Met l'accent sur la séance de formation professionnelle**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, examine les conversations latérales et les conversations croisées, et maintient la maîtrise de la séance de formation professionnelle.)
- **Encourage et renforce la participation équilibrée des clients.**  
(Fait participer les clients à la discussion. Suscite des commentaires.)
- **Adapte la formation de façon appropriée à la population de traitement**  
(c.-à-d. que l'enseignement et les exemples sont pertinents pour la population de traitement, et le style d'enseignement correspond aux capacités d'apprentissage et au rythme de la clientèle. Tient compte des questions culturelles et fait preuve de compétence culturelle auprès des personnes et/ou de la population cliente)
- **Maintient une orientation psychoéducative**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, évite d'entrer dans les problèmes de thérapie et le processus, et s'abstient d'interventions qui sont évidemment liées à la thérapie. Trie les problèmes de thérapie qui surviennent à l'identification du thérapeute et / ou de la séance thérapeutique)
- **Attribue des devoirs aux clients**  
(c.-à-d. que la formation se termine par la pleine conscience, attribue des devoirs, etc. Met l'accent sur l'importance des devoirs dans l'acquisition de compétences et renforce les efforts et les réalisations)
- **Se termine par la pratique de la pleine conscience.**

- Attribuer l'enseignement aux clients

### **Conseils pour améliorer la formation axée sur les compétences**

- Être basé sur les forces (souvent, nous pensons à des déficits de compétences et oublions d'identifier ce qui fonctionne)
- « Attraper » et étiqueter l'utilisation des compétences en continu
- Renforcer tout ce qui n'est pas un comportement problématique
- Façonner les comportements émergents
- Orienter vers le but et le but des compétences enseignées
- Assigner des devoirs individualisés et obtenir l'engagement de suivre à travers
- Utilisez des feuilles de calcul ! **(Voir les feuilles de travail dans Le paquet de documents, pages 6-19)**
- **Donner à tout le monde un cartable avec le programme d'études et tous les autres documents importants**



## **Module de pleine conscience**

- **Les compétences de pleine conscience enseignent :**
  - Sensibilisation
  - Comment diriger vos processus mentaux
  - Comment être dans le moment présent
  - Comment être réactif avec le comportement
  - Régulation accrue des émotions et diminution (inefficace) du comportement congruent de l'humeur
  - Amélioration du lien avec l'expérience, le plaisir et la paix... ainsi qu'une tolérance accrue de ce qui est inconfortable ou même douloureux

## États d'esprit



## **Observer et décrire (« Quelles compétences »)**

- **Observer** (regarder et prendre conscience)
  - Sentiments, pensées, pulsions, sensations physiques, comportements, informations provenant de sens, etc.
  - Environnement... quelles sont les informations qui m'entourent ?

## **Sans jugement et en pleine conscience (« Comment » Compétences)**

- **Sans jugement**
  - Décrire sans attacher d'étiquette ou d'opinion
  - Être ouvert à une évaluation continue, fondée sur des faits
  - L'accent est mis sur « ce qui est » pas les « marchandises », « mauvais », devrait, »

## **Participer (A « Quelle Compétence) Efficacement (A Compétence « Comment »)**

- **Participer**
  - Faites un choix conscient de ce que vous faites
  - Pratiquez vos compétences jusqu'à ce qu'elles font partie de « vous »
  - Immergez-vous et soyez un avec votre expérience

## **Qualités améliorant la pleine conscience**

- *L'esprit du débutant* : Ne laissez pas les expériences passées obscurcir l'ici et maintenant
- *Compassion* : Pour soi-même et les autres. Tout le monde souffre, et l'empathie et l'inquiétude guérissent
- *Tolérance* : Apprendre à expérimenter sans jugement ou en essayant de le changer
- *Confiance* : Soyez assuré des avantages de la pleine conscience
- *Patience* : aux préférences La réalité se déploie en son temps, sans égard
- *Non s'accrocher* : Être sans s'accrocher à un objectif ou à un résultat
- *Pratique* : Les avantages proviennent de la cohérence

## **Pleine conscience : pratique et application**

- Doit pratiquer quotidiennement (plusieurs fois)
- Début et fin de chaque séance avec la pleine conscience
- Éliminer les obstacles à la pleine conscience (p. ex., jugements, environnement, etc.)
- Rendez-le pertinent, intéressant et agréable
- La pleine conscience est essentielle à une utilisation efficace des compétences... il s'agit d'une « compétence de passerelle »
- Lorsque les compétences manquent d'efficacité, souvent la pleine conscience simultanée est ce qui est nécessaire

18

## **Module de tolérance à la détresse**

- **La tolérance à la détresse enseigne :**
  - Capacité à tolérer une émotion douloureuse
  - Distraction sans éviter
  - Voies d'accès à d'autres compétences
  - L'action au lieu de la réaction
  - Gérer la crise sans l'aggraver

## **Quand utiliser la tolérance à la détresse**

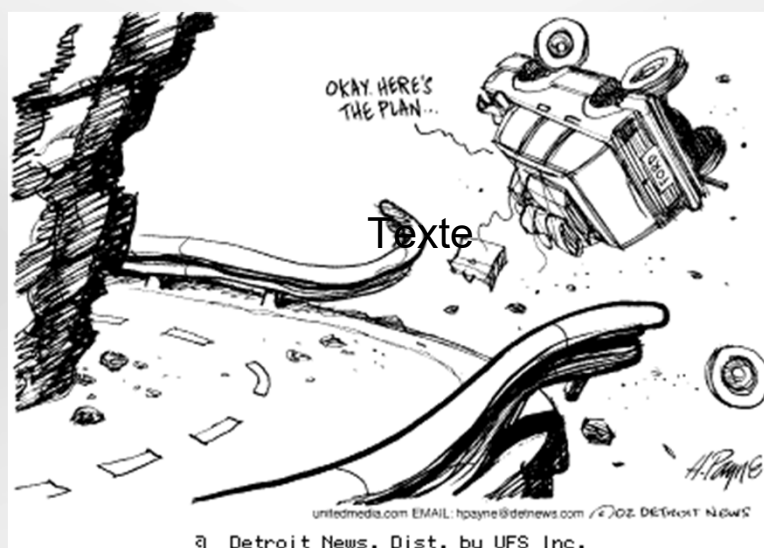
- Suis-je en mesure de résoudre le problème (O / N) ?
- Est-ce maintenant un bon moment pour le résoudre (O / N) ?
- Suis-je assez sage pour le résoudre (O / N) ?
- Si « oui » aux trois questions, résoudre le problème
- Si « non » à l'une des trois questions, la tolérance à la détresse peut aider

## En savoir plus sur la tolérance à la détresse

- Pratiquez les compétences lorsque vous n'êtes PAS en détresse
- Les compétences ont tendance à être à court terme... doit avoir de nombreuses compétences énumérées
- Les compétences doivent être liées à des comportements spécifiques
- Encadrer les clients à changer de stratégie lorsqu'une compétence ne le fait pas le travail
- Faire évoluer les plans de compétences (écrits) de manière cohérente... traiter comme un « document évolutif » et UTILISER DE FAÇON PROACTIVE (voir Sécurité et Plans de crise dans le paquet de documents, pages 51-57)

26

## Faire face à la détresse...



## **Distraire : L'esprit sage ACCEPTE**

**Activités**

**Contribution**

**Comparaisons**

**Émotions**

**Pousser à l'écart**

**Pensées**

**Sensations**

## **AMÉLIORER le moment présent**

**Imagerie**

**Signification**

**Prière**

**Relaxation**

**Un chose à la fois**

**Vacances**

**Encouragement**



## Imagerie (7 ans)



## S'apaiser soi-même

Engagement conscient des sens pour reconforter :

**La vision**

**Ouïe**

**Odeur**

**Goût**

**Toucher**

Rappelez-vous le sens de l'esprit et le sens spirituel

## Avantages et inconvénients

- Énumérer les conséquences positives
- Énumérer les conséquences négatives
- Peser les conséquences à court terme par rapport aux conséquences à long terme
- Cela en vaut-il la peine ?
- Prenez une décision
- Les avantages et les inconvénients sont dialectiques et activent Wise Mind

| Pros and Cons (P&C) Application Example                                                                                                    |                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| My Basic Choices Are: Using self-injury versus using skills                                                                                |                                                                                                  |
| Short-Term PROS of Self-Injury                                                                                                             | Short-Term CONS of Self-Injury                                                                   |
| <i>Numbed my feelings!</i><br><i>Worked</i><br><i>Blood grounded me know</i>                                                               | <i>Missed chance to use plan</i><br><i>worried about upcoming group</i><br><i>Had to hide it</i> |
| Long-Term PROS of Self-Injury                                                                                                              | Long-Term CONS Self-Injury                                                                       |
| <i>None really</i>                                                                                                                         | <i>Lost trust</i><br><i>Lost self-respect</i><br><i>More scars</i><br><i>Shame sets me up</i>    |
| Versus                                                                                                                                     |                                                                                                  |
| Short-Term PROS of Skill Use                                                                                                               | Short-Term CONS of Skill Use                                                                     |
| <i>No need to lie or cover up</i><br><i>Feel good if I make it</i><br><i>No hassle with blood and stuff</i><br><i>NO CHANGE ANALYSIS!!</i> | <i>Hard and might not work</i><br><i>Don't know</i><br><i>Maybe more emotional pain</i>          |
| Long-Term PROS of Skill Use                                                                                                                | Long-Term CONS of Skill Use                                                                      |
| <i>RESPECT!</i><br><i>Learn to handle life and get somewhere</i>                                                                           | <i>More expectations?</i><br><i>Pressure, I don't know</i>                                       |

My Decision: Skills. I guess!!

## Acceptation radicale

- Choix lorsque la vie est douloureuse :
  - Changer les situations douloureuses quand vous le pouvez
  - Changez votre perspective de la situation
  - Accepter radicalement la situation
  - Continuer à souffrir

33

## Accepter les compétences de la réalité

- Acceptation radicale
  - La liberté de ne pas souffrir exige l'acceptation de « ce qui est » de l'intérieur. Lâcher prise de la lutte contre la réalité met fin à la souffrance
  - L'acceptation peut encore signifier tolérer la douleur
  - *L'acceptation libère des ressources psychologiques et émotionnelles pour aller de l'avant*
- Tourner l'esprit
  - Continuellement réengager à accepter la réalité... over et encore une fois

- Négociation : essayer de conclure un accord pour échapper à la réalité
- Dépression : avoir la réalité installée et ressentir l'impact
- Acceptation : reconnaître la réalité de « ce qui est »

Peu importe où vous êtes, vous êtes dans le processus

96

## Acceptation quotidienne

- Nous rencontrons les réalités quotidiennes (c'est-à-dire les tracas) avec résistance, créant une souffrance inutile et épuisant nos ressources psychologiques et émotionnelles
- Exemples :
  - Être coincé dans la circulation
  - Avoir un crabby autre significatif
  - Oublier quelque chose à la maison
  - Avoir à attendre quelque chose
  - Faire une erreur (ou faire face à l'erreur de quelqu'un d'autre)
  - Etc., etc., etc.
- Ce sont toutes des occasions de pratiquer l'acceptation
- L'acceptation de ces réalités ne signifie pas être passif, céder ou abandonner : beaucoup de ces réalités nécessitent la résolution de problèmes
- L'acceptation libère nos ressources pour être réponse et efficace

97

## **Volonté (vs volonté)**

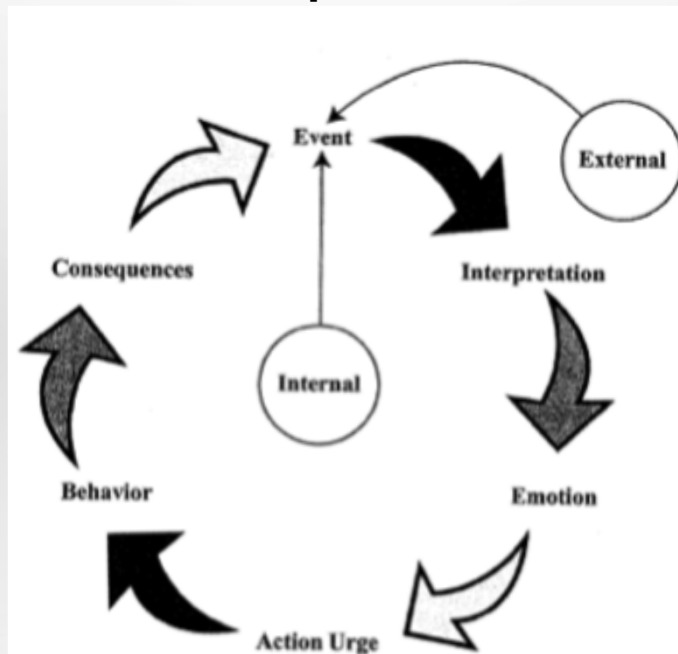
- La volonté est de faire ce qui est nécessaire, pas de s'asseoir sur votre mains
- La volonté signifie faire face à la réalité, pas ce que vous le souhaitez  
Serait
- Le concept contraste avec notre philosophie occidentale de « quand il y a une volonté, il y a un moyen »
- « Là où il y a de la volonté, il y a un moyen » est le message
- Qu'êtes-vous prêt à faire compte tenu de la situation ?

35

## **Module de régulation des émotions**

- **La régulation des émotions enseigne :**
  - Comment fonctionnent les émotions
  - Comment réduire la vulnérabilité émotionnelle
  - Comment créer des émotions positives
  - Comment sortir de l'humeur inefficace congruent comportements
  - Comment développer et maintenir l'équilibre émotionnel

## Modèle pour les émotions



101

## HEUREUX

Physique la santé

Liste les ressources et les obstacles (chaque domaine)

Manger trois repas sains et équilibrés

Éviter médicaments altérant l'humeur

Sommeil entre 7 et 10 heures

Exercice au moins 20 minutes

Tous les jours

- Éliminer les obstacles
- Élaborer un plan ou un suivi sur la carte du journal

## **Construire la maîtrise**

- S'engager dans les activités de la vie quotidienne
- Accomplir des tâches qui doivent être effectuées
- Prendre des mesures pour atteindre un objectif difficile
- Créer un sentiment de contrôle, de confiance et de compétence
- Donnez-vous du crédit !

## **Créez une expérience positive**

- Court terme
  - Faites des choses agréables qui sont possibles maintenant
- Long terme
  - Investir dans les relations (Assister aux relations-A2R)
  - Investissez dans vos objectifs
  - Construire une vie satisfaisante
  - Faites un pas à la fois

## **Créez une expérience positive**

- Doit être planifié/programmé
- Doit inclure des compétences de pleine conscience
- Adressez les distractions qui interfèrent avec les ES
- Traiter les jugements qui interfèrent avec les EPT (p. ex., non méritant, etc.)
- Répondre aux préoccupations concernant les attentes

41

## **Action opposée à l'émotion**

- Briser les cycles émotionnels inefficaces en agissant à l'opposé de les comportements qui sont congruents d'humeur
- L'action opposée peut également créer une émotion différente
- Souvent une compétence « passerelle »
- Les exemples incluent l'activité lorsqu'elle est déprimée, l'approche lorsque anxieux, et être gentil quand il est en colère



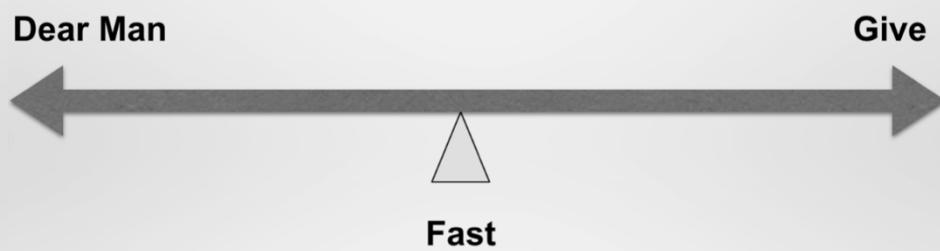


## **Module sur les compétences interpersonnelles**

- L'efficacité interpersonnelle enseigne :
  - Comment construire le respect de soi
  - Comment établir et maintenir des relations
  - Comment répondre aux désirs et aux besoins
  - Comment fixer des limites efficaces et dire « non »

## Compétences interpersonnelles

- Compétences en matière d'efficacité du respect de soi : **RAPIDE**
- Compétences en matière d'efficacité relationnelle : **DONNER**
- Compétences en efficacité objective (but) : **CHER HOMME**



**Self balanced with others guided by values**

## **Efficacité du respect de soi : FAST**

**Juste** : être juste envers soi-même et envers les autres

**Excuses** : pas d'excuses inutiles ou d'excuses pour vos croyances, opinions, ou pour être vous-même

**Tenez-vous-en** à vos valeurs : connaissez vos valeurs et ce qui n'est pas négociable. Résoudre efficacement les conflits de valeurs

**Véridique** : Évitez les exagérations, les excuses et les mensonges. Être rendre des comptes à vous-même et aux autres

## **Efficacité des relations : GIVE**

**Authentique** : soyez authentique et réel, et agissez de votre vrai soi

**Intérêt** : faire un contact visuel, montrer l'intérêt d' être intéressé, permettre la réciprocité dans les interactions

**Valider** : reconnaissez ce que vous avez entendu sans juger ou fixation. Concentré sur l'autre personne !

**Facile** manière : utilisez l'humour, le sourire et soyez facile à vivre

# VALIDATION

**Valoriser** les autres : La recherche de la valeur inhérente aux autres est essentielle à la validation.

**Posez des** questions : Utilisez des questions pour tirer parti de l'expérience des autres.

**Écoutez** et réfléchissez : Écoutez les réponses des autres à vos questions et réfléchissez aux grands thèmes.

**S'identifier aux** autres : Travaillez à voir le monde à travers les yeux des autres.

**Discuter des** émotions : Parlez des sentiments des autres et de la façon dont ils les affectent de leur point de vue (et non de la façon dont cela vous affecte).

**Assistez** aux nonverbaux : Remarquez la communication non verbale des autres pour vous donner des informations sur leur expérience.

**Turn** the Mind : La validation ne signifie pas que nous sommes d'accord avec les autres. Il est particulièrement important de détourner l'esprit lorsqu'il est difficile de comprendre et pendant les conflits. **Encourager la** participation : La validation peut parfois être un processus difficile, nous devons donc nous encourager et encourager les autres à nous engager les uns avec les autres.

114



## Effacité objective : CHER HOMME

**Décrivez** les détails de la situation

**Exprimez** vos émotions et vos pensées

**Affirmez en** demandant ce que vous voulez (ou en disant  
non)

**Renforcez** en récompensant, pas en punissant

---

**Attention :** Restez concentré sur la question

- Évitez les attaques, les distractions et le suivi latéral
- Record battu : affirmer encore et encore et encore

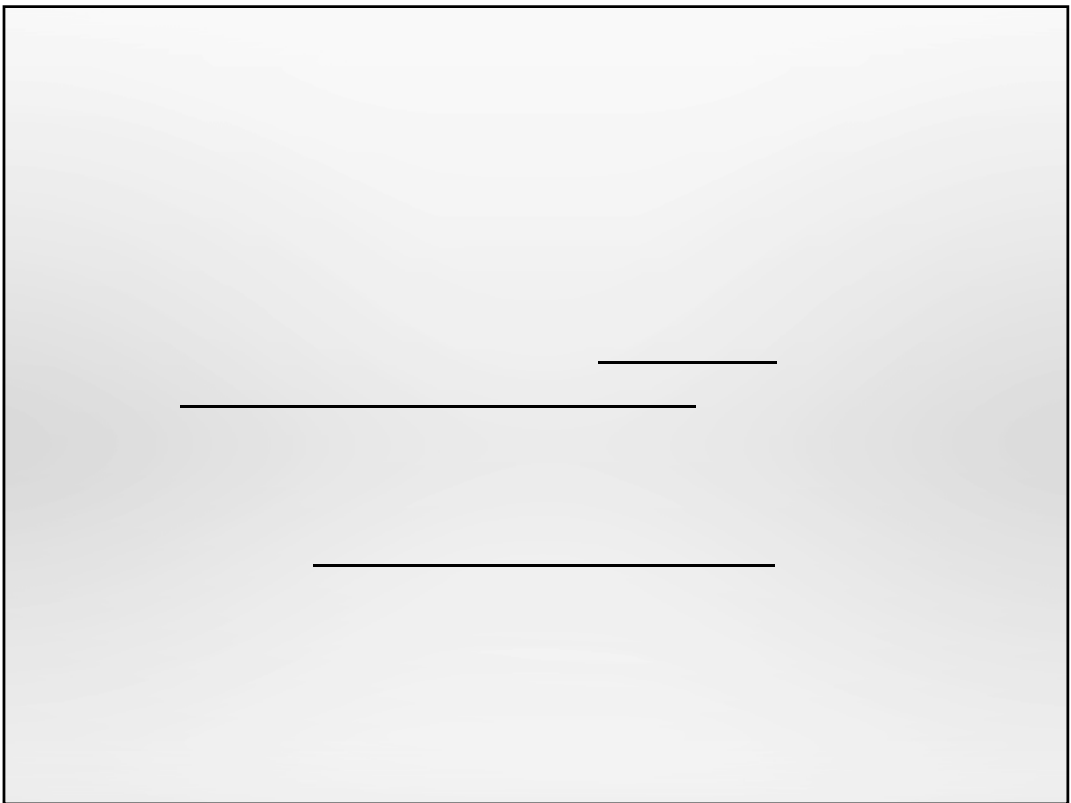
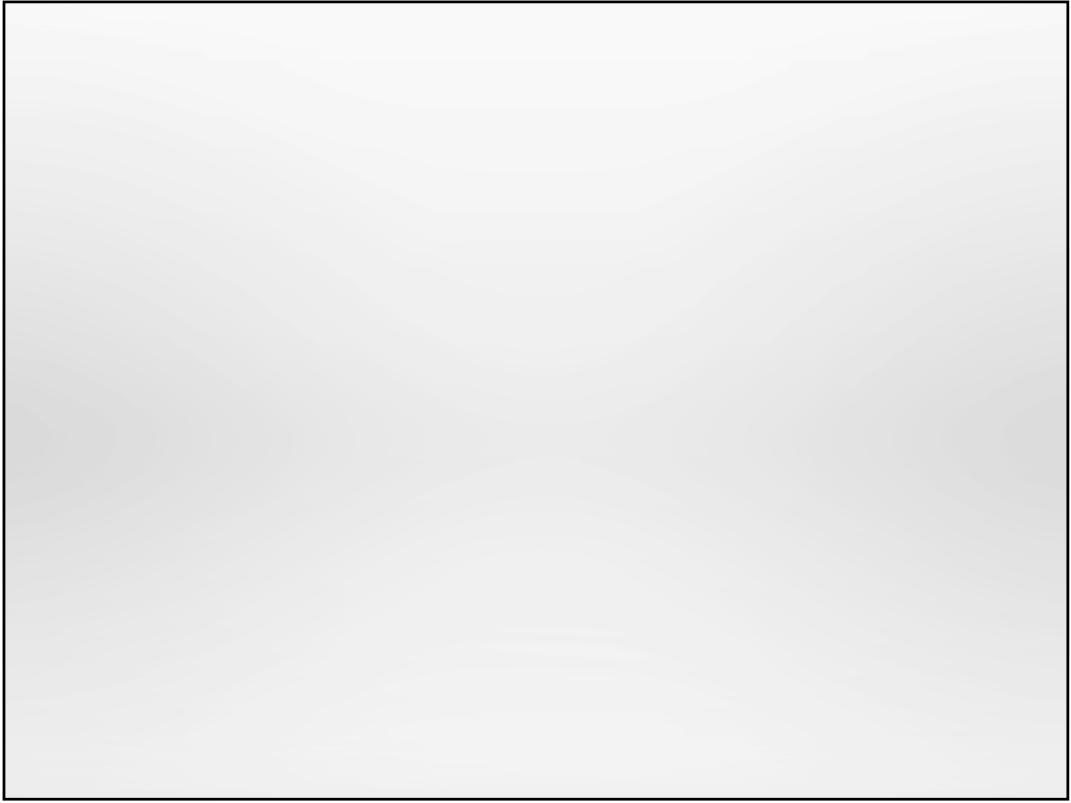
**Semblent** confiants

- Parlez, marchez et agissez avec confiance (agissez « comme si » si nécessaire)

**Négocier**

- prêt à offrir une alternative
- prêt à demander une alternative
- Retournez les tables

- Dialectique ; Modification cognitive, Problème-



# **Formation intensive en thérapie comportementale dialectique**

*Troisième jour : La carte de journal, l'analyse  
comportementale et les techniques de thérapie DBT*



## **Cartes de journal**

- Autosurveillance des pulsions, des comportements cibles, des symptômes, des compétences, des émotions et d'autres informations importantes (par exemple, des expériences positives (faits saillants), des objectifs de traitement, de la gratitude)
- Aide à structurer et à généraliser ce qui est appris en thérapie aux environnements naturels ; sensibilise et utilise les compétences
- Fournit une énorme quantité d'informations pour suivre la façon dont le client va, déterminer s'il y a des comportements cibles sur la hiérarchie de traitement à prioriser, et pour définir le programme de traitement
- Offre également des occasions de renforcer positivement le succès et de s'enquérir des facteurs extrathérapeutiques

## Lignes directrices sur les cartes de journal

- Orienter les clients vers les raisons pour lesquelles la carte de journal est importante et comment elle les aidera à atteindre leurs objectifs
- Compléter chaque jour, de préférence en même temps, pour

14

Copyright © 2017 Lisa Nielsen, The Expanded DBT Skills Training Manual, 2nd Edition. All rights reserved.

**Standard Diary Card (Front)**

|               | RX | DEP | ANX | ANG | SI | SIB | TIB | Energy | Sleep | Eat | EX | Other | Other |
|---------------|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|--------|-------|-----|----|-------|-------|
| <b>MON</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>TUE</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>WED</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>THU</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>FRI</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>SAT</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>SUN</b>    |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |
| <b>Skills</b> |    |     |     |     |    |     |     |        |       |     |    |       |       |



**Standard Diary Card (Back)**

|           | Feelings | Positive Experiences | Gratefulness |
|-----------|----------|----------------------|--------------|
| Monday    |          |                      |              |
| Tuesday   |          |                      |              |
| Wednesday |          |                      |              |
| Thursday  |          |                      |              |
| Friday    |          |                      |              |
| Saturday  |          |                      |              |
| Sunday    |          |                      |              |

Copyright © 2017 Laura Robinson, The Expanded DBT Skills Training Manual, 2nd Edition. All rights reserved.

15

**Standard Diary Card (Front)**

BRAD

|        | RX              | DEP         | ANX          | ANG       | SI           | SIB          | TIB                   | Energy | Sleep    | Eat       | EX        | Other | Other |
|--------|-----------------|-------------|--------------|-----------|--------------|--------------|-----------------------|--------|----------|-----------|-----------|-------|-------|
| MON    | ✓               | 8           | 7            | 0         | 6/N          | 8/N          | 0/N                   | 4      | 6        | ✓         | ✓         |       |       |
| Skills | WM<br>PL        | D<br>T      | RA           |           | WM           | DM<br>US     | MEETING               |        | PL<br>IM | PL        | PL<br>BPE |       |       |
| TUE    | ✓               | 6           | 5            | 2         | 4/N          | 4/N          | 7/N                   | 5      | 8        | ✓         | ✓         |       |       |
| Skills | WM<br>PL        | D<br>T      | RA<br>SS     |           | DM<br>D      | DM<br>D      |                       | WALK   | PL<br>IM | OZE<br>WM |           |       |       |
| WED    | —               | 9           | 10           | 4         | 8/N          | 10/Y         | 10/Y                  | 3      | 4        | —         | —         |       |       |
| Skills |                 | D           | RA           |           | STUCK!       | CUT          | USED<br>ALCOHOL       |        |          |           |           |       |       |
| THU    | ✓               | 6           | 7            | 8         | 5/N          | 5/N          | 0/N                   | 5      | 9        | ✓         | ✓         |       |       |
| Skills | OZE<br>PL       | OZE<br>BM   | OZE<br>BM SS | RA<br>NJS | D<br>T       | D<br>T       | WM<br>E DM<br>MEETING |        | PL<br>IM | PL        | PL        |       |       |
| FRI    | ✓               | 5           | 4            | 0         | 3/N          | 4/N          | 0/N                   | 6      | 8        | ✓         | ✓         |       |       |
| Skills | WM<br>PL<br>OZE |             | M<br>SS      |           |              |              | WM<br>WALK<br>MEETING |        | PL<br>IM |           |           |       |       |
| SAT    | ✓               | 3           | 2            | 0         | 0/N          | 2/N          | 0/N                   | 7      | 8        | —         | ✓         |       |       |
| Skills | WM<br>PL        | BPE<br>BM   | M<br>SS      |           | E A<br>BUSY! | E A<br>BUSY! |                       | WALK   | PL<br>IM |           | PL        |       |       |
| SUN    | ✓               | 2           | 2            | 0         | 0/N          | 4/N          | 0/N                   | 7      | 7        | ✓         | ✓         |       |       |
| Skills | WM<br>PL        | BPE<br>C BM | M<br>SS BM   |           | A<br>BPE     | A<br>BPE     |                       | WALK   | PL<br>IM | PL        | PL        |       |       |

## Standard Diary Card (Back)

|           | Feelings                               | Positive Experiences            | Gratefulness    |
|-----------|----------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Monday    | DOWN / SAD<br>ANXIOUS<br>CALM          | MEETING<br>VOLUNTEER            | FAMILY<br>GROUP |
| Tuesday   | MAD (SELF)<br>DOWN                     | OUT TO EAT!                     | ?               |
| Wednesday | ANGRY (SELF)<br>DEPRESSED<br>ANXIOUS   | URGES! NONE                     | NONE            |
| Thursday  | SOME CALM<br>DETERMINED!<br>MAD (SELF) | MEETING<br>MOVIE                | NICE DAY        |
| Friday    | SAD<br>HAPPY<br>SOME STRESS            | PARK<br>MEETING                 | FRIEND AMY      |
| Saturday  | BETTER<br>HAPPY<br>DETERMINED          | NETFLIX<br>PARK                 | FRIEND AMY      |
| Sunday    | SPIRITUAL<br>MORE HAPPY<br>SOME URGES  | VOLUNTEER<br>CHURCH<br>DOG PARK | DOG PARK!       |

## DAILY LOG

| Date:                          | Sunday | Monday | Tuesday | Wednesday | Thursday | Friday | Saturday |
|--------------------------------|--------|--------|---------|-----------|----------|--------|----------|
| Take medications? (Yes or No)  | Y/N    | Y/N    | Y/N     | Y/N       | Y/N      | Y/N    | Y/N      |
| Anger (0- 5/action)            |        |        |         |           |          |        |          |
| Depression (0- 5)              |        |        |         |           |          |        |          |
| Anxiety (0- 5)                 |        |        |         |           |          |        |          |
| Joy (0- 5)                     |        |        |         |           |          |        |          |
| Safety: SI (0-5/action)        |        |        |         |           |          |        |          |
| Safety: Self Harm (0-5/action) |        |        |         |           |          |        |          |
| Sleep (# of hours)             |        |        |         |           |          |        |          |
| BPE (Yes or No)                | Y/N    | Y/N    | Y/N     | Y/N       | Y/N      | Y/N    | Y/N      |
| Me (0- 5)                      |        |        |         |           |          |        |          |
| List skills used:              |        |        |         |           |          |        |          |
| I'm thankful for...            |        |        |         |           |          |        |          |

0=not at all    1=a little bit    2=somewhat    3=strong    4= very strong    5=extremely strong

Did I meet my goals? What skills helped me reach the end-game? What got in my way?

|         |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| Goal 1: |  |  |  |  |  |  |
| Goal 2: |  |  |  |  |  |  |
| Goal 3: |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Core Mindfulness</b></p> <p><b>Wise Mind (WM)</b> To dialectically balance emotion and reason so you can respond rather than react</p> <p><b>Observe (OB)</b> To just notice experience</p> <p><b>Describe (DE)</b> To put words on experience</p> <p><b>Participate (PA)</b> To fully enter into your experience</p> <p><b>Nonjudgmental Stance (NJS)</b> To not attach strong opinions or labels to experience</p> <p><b>One-mindfulness (OM)</b> To focus your attention on one thing</p> <p><b>Effectiveness (EP)</b> To focus on what works</p> | <p><b>Distress Tolerance</b></p> <p><b>ACCEPTS</b></p> <p><b>Activities (AC)</b> To keep busy and involved</p> <p><b>Contributing (CON)</b> To do something for others</p> <p><b>Comparisons (COM)</b> To see that others struggle, too</p> <p><b>Emotions (EM)</b> To do something that creates other emotions</p> <p><b>Push Away (PA)</b> To shelve your problem for later</p> <p><b>Thoughts (T)</b> To think about something other than your distress</p> <p><b>Sensations (S)</b> To invigorate your senses or to do something physically engaging</p> <p><b>Self-Soothe (SS)</b> To relax yourself through the senses</p> <p><b>Urge Surfing (US)</b> To ride the ebbs and flows of emotions/urges without reacting</p> <p><b>Bridge Burning (BB)</b> To remove the means to act on harmful urges</p> <p><b>IMPROVE the Moment</b></p> <p><b>Imagery (IM)</b> To relax or practice skills visually in your mind</p> <p><b>Meaning (ME)</b> To find the "why" to tolerate a difficult time</p> <p><b>Prayer (PR)</b> To seek connection and guidance from a higher power</p> <p><b>Relaxation (RE)</b> To calm the mind and body</p> <p><b>One Thing at a Time (OT)</b> To focus on one thing when overwhelmed</p> <p><b>Vacation (V)</b> To take a brief break</p> <p><b>Encouragement (EN)</b> To coach yourself with positive self-talk</p> <p><b>Pros and Cons (P&amp;C)</b> To weigh the benefits and costs of a choice</p> <p><b>Grounding Yourself (GY)</b> To use OB and DE to come back to the here and now</p> <p><b>Radical Acceptance (RA)</b> To acknowledge "what is" to free yourself from suffering</p> <p><b>Everyday Acceptance (EA)</b> To accept daily inconveniences that occur in life</p> <p><b>Willingness (W)</b> To remove barriers and do what works in a situation</p> | <p><b>Interpersonal Effectiveness</b></p> <p><b>DEAR MAN</b></p> <p><b>Describe (D)</b> To outline the situation in nonjudgmental language</p> <p><b>Express (E)</b> To share your opinions and feelings if they relate and will help others understand the situation</p> <p><b>Assert (A)</b> To ask clearly for what you want or need, say no or set your boundary</p> <p><b>Reward (R)</b> To let others know what is in it for them, avoid ultimatums and threats</p> <p><b>Mindful (M)</b> To stay focused on your goal</p> <p><b>Appear Confident (C)</b> To use an assertive tone of voice, make eye contact and use confident body language</p> <p><b>Negotiate (N)</b> To strike compromises that make sense, meet in the middle</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Taryn Ignaszewski, MSW, LICSW © 2016

## **Objectif de l'analyse du comportement et de la solution**

- Développer une image de ce qui vient avant un comportement (antécédents)
- Développer une image de ce qui vient après un comportement (conséquences)
- Comprendre le contexte qui entoure les comportements
- Utiliser cette compréhension pour résoudre activement les problèmes et développer l'utilisation des compétences
- Utilisé souvent au cours de l'étape 1 pour les cibles de la hiérarchie de traitement (SI, SIB, TIB)
- Aussi une excellente méthode pour ajouter de la structure aux sessions

## **Comment encadrer l'analyse du comportement et de la solution**

- Certains clients subissent l'analyse du changement comme une punition ; si cela se produit, assurez-vous de valider l'expérience
- **Cependant, discutez de la façon dont l'analyse du changement est un outil d'apprentissage pour aider les clients à atteindre leurs objectifs**
- Discutez de l'attente que l'analyse des changements sera utilisée pour les comportements cibles sur la hiérarchie (c.-à-d. SI, SIB, TIB), et pour les comportements en cours de session et hors session qui nécessitent la résolution de problèmes
- Envisagez également d'utiliser l'analyse du changement pour les comportements positifs

## **Pendant le processus d'analyse du comportement et de la solution**

- Orientez les clients vers la procédure et continuez à vous orienter au fur et à mesure que vous passez par l'analyse du changement (Pourquoi est-ce important pour le client ?)
- Valider les émotions qui surgissent et que l'analyse du changement peut être difficile. S'occuper des émotions fournit également des effets d'exposition
- Utiliser le renforcement positif pour les efforts et les percées
- N'oubliez pas que l'objectif final est d'acquérir des compétences et de résoudre des problèmes
- Coordonner ce qui est appris avec des plans de crise, de sécurité et d'autres compétences

## **Étapes de l'analyse du comportement et des solutions**

1. Définissez clairement le comportement cible
2. Renseignez-vous sur la fréquence, l'intensité et la durée du comportement
3. Allez étape par étape jusqu'à ce que vous ayez une image claire de ce qui suit :
  - a. Ce qui a rendu le client vulnérable
  - b. Quel était l'événement d'incitation (déclencheur)
  - c. Quels sont les liens entre l'événement d'incitation et le comportement cible (par exemple, les émotions, les pensées, les sensations physiques, d'autres comportements, ce qui se passe ou ne se passe pas dans l'environnement)
  - d. Quelles ont été les conséquences du comportement de la cible

## Étapes de l'analyse du comportement et des solutions

4. Revenez en arrière et demandez au client d'émettre l'hypothèse des compétences possibles à utiliser pour traiter les vulnérabilités et les liens intermédiaires, ainsi que des compétences pour remplacer les comportements cibles (prendre un plan de sécurité s'il y a lieu)
5. Demandez au client de résoudre les problèmes comment gérer habilement les conséquences afin qu'elles ne se transforment pas en vulnérabilités
6. Demandez au client d'élaborer un plan pour faire amende honorable avec les autres pour le comportement cible, le cas échéant
7. Obtenez l'engagement du client qu'il / elle mettra activement en pratique les compétences identifiées

### Behavioral Analysis Form

```

graph LR
    PE[Prompting Event] --> V[Vulnerabilities]
    V --> AU[Action Urge]
    AU --> A[Action]
    A --> O[Outcomes]
    
```

The diagram illustrates the process of behavioral analysis. It starts with a 'Prompting Event' which leads to 'Vulnerabilities'. 'Vulnerabilities' are further broken down into 'Surface Emotion', 'Underlying Emotion', and 'Self-Talk'. These lead to an 'Action Urge', which then leads to 'Action'. Finally, 'Action' leads to 'Outcomes'.

Describe your vulnerabilities:

Describe the prompting event (what set it off?):

Describe your emotion on the surface (the one mostly easily noticed):

Describe any underlying emotions (the ones hidden underneath):

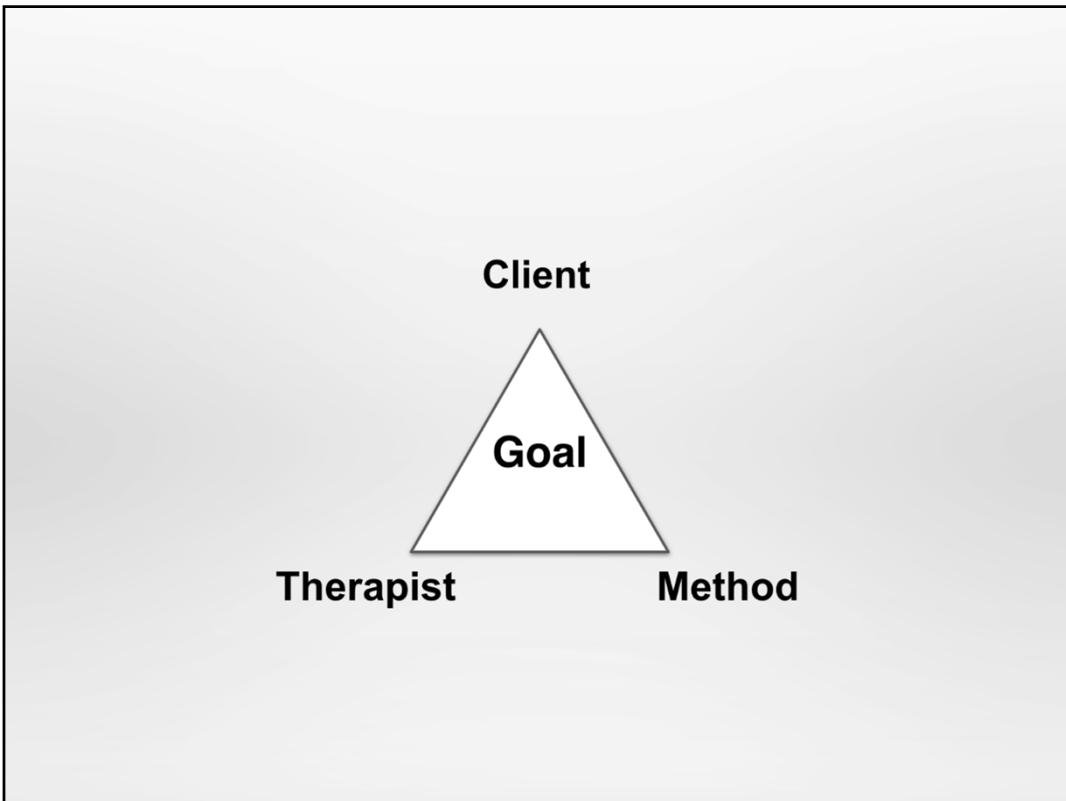
Describe your self-talk:

Describe the action urge:

Describe the action:

Describe the outcomes:

**FILL IN SKILLS TO USE NEXT TIME AT EACH STEP**



## **Début (stade de prétraitement) : Socialiser le client au traitement**

- Définissez ce qu'est la TCD !
- Clarifier les rôles du client et de vos rôles respectifs (ainsi que le rôle des autres membres du programme et des fournisseurs de services au besoin)
- Définir les objectifs et les tâches de chaque prestation de services

## **Démarrage (stade de prétraitement) : Stratégies d'engagement**

- Évaluer les avantages et les inconvénients de la thérapie
- **Techniques** du pied dans la porte
- **Techniques** de porte dans le visage
- Mettre en évidence la liberté de choisir (en particulier dans le



## Interventions d'engagement initiales

- L'engagement initial doit passer à un accord sur :
  - Buts et objectifs du plan de traitement
  - Méthode de traitement et moyens d'atteindre les objectifs et objectifs
  - Attentes et accords pertinents
- L'engagement en thérapie est continuellement revu pour beaucoup de les tâches de thérapie, grandes et petites, y compris la revisitation initiale l'engagement

## Interventions et orientation

- L'orientation consiste à expliquer la raison pour laquelle les tâches de traitement sont nécessaires pour les *objectifs du client*: cela signifie vraiment comprendre ce que le client veut et a besoin
- L'orientation commence pendant le prétraitement et est continue tout au long du traitement
- L'orientation aide à maintenir l'engagement et à garder thérapie *axé sur le client*
- Une orientation réussie maintient les clients actifs et coopératifs

## **Validation : Les clés du Royaume**

- La validation est la reconnaissance sans jugement de l'expérience du client
- La validation crée les conditions d'acceptation qui

●

## **Niveaux de validation (Linehan, 1997)**

- Être à l'écoute aiguë
- Refléter la communication verbale
- Description de la communication non verbale
- Exprimer comment l'expérience a du sens compte tenu de l'histoire ou de la biologie
- Exprimer comment l'expérience a du sens dans le moment et le contexte présents
- Être en contact véritable et humain

## **Validation comme technique d'exposition**

- Régule les émotions en diminuant leur intensité
- Fournit une exposition douce et informelle aux émotions

## **Équilibre entre la validation et le changement**

- La validation ouvre les clients à changer :
  - Permet aux clients de savoir que vous comprenez la nature de leurs problèmes et de leur douleur
  - L'exposition à des émotions douloureuses crée une différence qualitative dans la relation avec les émotions (diminution des comportements d'évasion inefficaces et d'évitement)
  - L'exposition à des émotions douloureuses peut créer la motivation d'investir dans le changement

## **Exercice de validation**

- Formez une dyade ou une triade. Jouez le rôle de votre client, commencez à présenter un problème de thérapie à votre thérapeute. Le thérapeute (pour cet exercice), résistera à la résolution de problèmes



## Principes de comportement

- **Renforcement positif** : le comportement est suivi d'une récompense, augmentant la fréquence du b
- **Renforcement négatif** (*pensez à l'apprentissage d'évitement*) : le comportement est suivi de la suppression de quelque chose d'avérsif, augmentant la fréquence du b
- **Punition positive** : le comportement est suivi de quelque chose d'avérsif, diminuant la fréquence du b
- **Punition négative** (*pensez au coût de réponse*) : le comportement est suivi de la suppression de quelque chose, diminuant la fréquence du b
- **Extinction** : suppression du renforcement pour un comportement, conduisant à un déclin du b
- **Généralisation** : effectuer le comportement souhaité en dehors du cadre de traitement

47

## Considérations comportementales

- Les comportements efficaces sont-ils renforcés ? Selon quel horaire ? Veillez à *maintenir les* comportements souhaités !
- Comment les comportements inefficaces sont-ils renforcés (maintenus) ?
- Comment puis-je façonner des comportements efficaces tout en éteignant comportements inefficaces ?
- Tenez compte des principes comportementaux pertinents lors de l'analyse

50

## Contingences comportementales

- Les conséquences du comportement influencent ce que nous apprenons
- Une relation temporellement étroite entre le comportement et la conséquence influence ce qui se passera la prochaine fois que nous serons dans une situation similaire avec un contexte similaire
- Mettre en évidence les imprévus (p. ex., structure, attentes, sécurité, rétroaction immédiate, etc.) aide les clients à apprendre et être plus efficace

## **Exemples de gestion d'urgence**

- Observer les limites (limites)
- Plans définis avec des conséquences pour des comportements spécifiques
- Règles et attentes du programme avec des conséquences
- Changements à l'environnement pour renforcer ou éteindre les comportements
- Chaque réponse observable du thérapeute (ou de l'équipe) est informelle  
procédure contingente
- Voir les documents à distribuer sur les attentes du groupe de compétences et du programme de TCD

**et attentes en matière de thérapie individuelle de TCD aux pages 42-44. Voir aussi Phone Coaching Expectations, page 45 et Entente de groupe de consultation, page 47)**

53

## **Méthodes de changement de comportement les plus efficaces**

- Fournir des renforts non contingents
- Modéliser un comportement efficace
- Renforcer les comportements non problématiques (en particulier les comportements incompatibles)

## **Exercice d'interventions comportementales**

Identifiez un client avec un comportement problématique.

Quelles vulnérabilités ou quels autres facteurs contribuent à l' comportement ?

Comment le comportement est-il renforcé (récompensé/maintenu) ?

Les autres comportements différentiels sont-ils renforcés ?

Quelles compétences seraient utiles pour remédier aux vulnérabilités ou pour fournir alternatives au comportement problématique ?

## **Stratégies dialectiques**

- Entrez dans le paradoxe en soulignant :
  - Inadéquation entre les mots et les comportements
  - Divergence entre les valeurs et les comportements
  - Inaction à la lumière de la connaissance de ce qui serait utile



## **Stratégies dialectiques**

- Refuser le bien et le mal / réponses peut être oui et non (par exemple, un thérapeute peut s'en soucier tout en fixant des limites à la disponibilité)
- Utilisation de métaphores ou d'histoires

- Utilisation de la « règle d'exception »

## **Interventions cognitives**

- Ont traditionnellement été désaccentué dans la TCD
- Présumer que les clients ne sont pas fragiles ; ils sont en mesure d'évaluer pensées et croyances
- Les clients bénéficient d'interventions cognitives (p. ex., non-la position de jugement est une intervention cognitive)
- Les interventions cognitives de type TCD prennent un « plus doux », plus de validation approche
- Évitez les interventions cognitives avec des clients émotionnellement activés

54

## **Interventions cognitives de type TCD**

- Guidé par différentes théories (c.-à-d. dysrégulation des émotions), de sorte que les émotions restent la cible principale, les pensées et les croyances étant une cible secondaire
- Évite les étiquettes de jugement (c.-à-d. distorsions, erreurs, pensées mésadaptées, etc.). Utilise des « distorsions » cognitives traditionnelles, mais sans les étiquettes
- Valide l'origine et l'adaptation qui vient de la pensée ou de la croyance
- Analyse dialectiquement plutôt que catégoriquement
- Met l'accent sur le changement et l'expansion plutôt que sur un style « couper-coller » pour aborder les pensées et les croyances ; nous ne parlons pas aux clients de pensées et de croyances
- Souligne une pensée efficace pour développer un sentiment de confiance en soi

## Travailler avec traumatologie dans la TCD

- Développer les autosoins
  - Renforcer les compétences de mise à la terre
  - Remplissez la « boîte à outils » de la tolérance à la détresse
  - **Le client doit être stable avant de faire basé sur l'exposition traitement ! Les objectifs de la première étape doivent être atteints avant**
- Deuxième étape**
- L'EMDR est compatible avec les protocoles de TCD
  - Fournir/obtenir un consentement éclairé clair

## Quand ne pas utiliser l'exposition

- Lorsqu'il y a des pulsions suicidaires (ou homicides) actives
- Lorsqu'il y a une automutilation régulière (ou un risque d'automutilation grave)
- Quand il y a psychose
- Lorsqu'il y a un risque important de préjudice de la part d'autrui
- Quand il n'y a pas assez de mémoire du traumatisme
- Lorsqu'il y a un problème clinique qui a plus d'importance (résoudre premièrement)

## Solutions de rechange à l'exposition

- Approche consciente et centrée sur le présent de la vie
  - Re-connexion aux émotions (particulièrement positives), aux relations et à l'avenir (y compris les plans pour l'avenir)
  - Tolérance à la détresse et compétences de régulation des émotions
  - Résolution des problèmes actuels de la vie
  - Interventions cognitives autour des pensées et des croyances liées aux traumatismes
- 
- Fournir une justification claire de ces alternatives à l'exposition ainsi que l'application cohérente des techniques qui atteignent ces objectifs
  - **La recherche montre que les modèles de traitement non basés sur l'exposition ont une efficacité équivalente par rapport aux modèles de traitement basés sur l'exposition. Benish, S., Imel, Z.E., et Wampold, B.E. (2007).**

## Communication réciproque

- S'engager et réceptif, prendre les désirs et les besoins des clients sérieusement
- Être authentique et authentique, ne pas rester dans un « thérapeute » rôle
- Utiliser l'auto-divulgence de manière réfléchie au service de la thérapie

## **Communication réciproque : Divulgence auto-impliquante**

- Partager des exemples « bénins » et humains d'utilisation et de pratique des compétences
- En utilisant des exemples de la façon dont vous avez abordé et résolu un problème
- Partager quand vous auriez ressenti, pensé ou répondu de la même manière à la façon dont un client se présente dans une situation donnée
- Partager vos réactions au client dans le moment, en fournissant des informations qui gèrent les contingences relationnelles (création de nouveaux apprentissages)
- Informer le client de l'état actuel de la relation, de gérer les imprévus ou de faire face aux réactions redoutées

60

## **Auto-divulgence des renseignements personnels**

- Les renseignements personnels peuvent ne pas se rapporter au client ou à la thérapie ; s'il n'est pas pertinent, ne le partagez pas en règle générale
- Observez et divulquez vos limites en ce qui concerne les informations personnelles en cas de besoin (ok pour explorer ce que les demandes personnelles signifient pour le client) • Ne partagez jamais de problèmes / problèmes personnels !
- Est-ce qu'il passe le test du « public » ? En d'autres termes, le partageriez-vous devant un public de vos collègues ?

62

## Communication irrévérencieuse

- L'irrévérence est un style décalé destiné à :
  - Attirer l'attention du client par surprise ou une réponse inattendue
  - Montrer un autre point de vue ou amener le client à traiter à un niveau différent
  - Créez un changement avec des émotions, des pensées ou des comportements
- L'irrévérence fonctionne mieux lorsqu'elle est utilisée par des thérapeutes avec un style naturellement irrévérencieux
- L'irrévérence n'est pas nécessaire pour être un thérapeute efficace en TCD ; utilisez-le uniquement s'il vient d'un endroit authentique

63

## Éléments essentiels de la communication irrévérencieuse

- Suppose que le client n'est pas fragile
- Doit être entouré de validation
- A besoin d'une relation thérapeutique « solide »
- Connaissez votre objectif, observez les effets et équilibrez avec validation
- Demandez-vous s'il correspond à votre style (ou s'il correspond trop bien à votre style !)

**Soyez prudent : ne pas utiliser lorsque frustré ou à la frais du client !**

64

## Exemples de communication irrévérencieuse

- Répondre ou recadrer la communication d'un client d'une manière inattendue, en reprenant généralement un aspect subtil ou non-dit de la communication
- Prendre une route directe : « Aller là où les anges craignent de marcher »
- Être conflictuel (p. ex., appeler des « conneries » sur le client)
- Appelez un « bluff » tout en fournissant une issue (bien chronométrée)
- Changer les niveaux d'intensité (p. ex., entre l'humour et le sérieux)
- Utiliser le silence en attendant une réponse particulière
- L'impuissance ou la toute-puissance express

65

## Coaching par téléphone (et autres)

- Déterminez votre disponibilité (ou la disponibilité de votre programme)
- Définissez des contingences claires sur le coaching téléphonique :
  - Les clients doivent respecter les limites convenues
  - Les clients remplissent d'abord une feuille de travail de coaching
  - Les appels se veulent brefs (3 à 5 minutes) et :
    - Se concentrent sur la résolution de problèmes avec des compétences
    - Ne sont pas axés sur la « thérapie »
    - Ne sont pas des appels de « ventilation »
  - L'appel doit se produire avant d'agir sur un comportement cible (aucun appel dans 24 après avoir agi)
- Envisager de planifier des appels de coaching de manière proactive, en particulier lorsque le client a des compétences professionnelles
- Ne sous-estimez pas l'efficacité des enregistrements de messages pour certains clients

Examiner les plans de sécurité et de crise dans les documents à distribuer





## Fonctions de la consultation

- Améliorer les compétences du thérapeute
- Améliorer la motivation du thérapeute
- Construire des réponses thérapeutiques efficaces
- Réduire les réponses thérapeutiques inefficaces

**Comme meilleure pratique, consulter sur tout comportement difficile**

30

## Objectifs de la consultation

- Assurer l'intégrité du programme de TCD (p. ex. structure, protocoles, lignes directrices, etc.)
- Fournir des freins et contrepoids : Minimiser la thérapie voyou et pensée de groupe
- Fournir un soutien au thérapeute : Augmenter la motivation et compétence
- Déterminer la planification efficace du traitement pour le client (p. ex. les interventions, la résolution de problèmes, la résolution de problèmes, la résolution de problèmes d'aiguillage et de congé)

## **Équipe de consultation**

- Dans le cadre d'un programme de TCD, l'équipe de TCD se compose du thérapeute individuel, des formateurs de compétences et de toute autre personne qui fournit des services au client sous l'« égide » de l'programme
- Le groupe de consultation sur la TCD est sa propre réunion autonome distincts des autres conférences de cas obligatoires

## **Attentes des membres de la Consultation**

- Les membres doivent y assister, être prêts et être actifs
- Les membres pratiquent l'humilité et la vulnérabilité réciproque
- Les membres, comme les clients, font de leur mieux, mais doivent faire mieux
- Membres, comme les clients :
  - Compétences de pratique
  - Sont ouverts à l'analyse du changement
  - Besoin d'utiliser et de recevoir à la fois des stratégies de validation et de changement d'autres membres

## Consultation

- Décider de la fréquence des réunions de consultation (de préférence hebdomadaire)
- Structurer les réunions en fonction des besoins (hiérarchiser les situations avec les comportements cibles les plus élevés)
- S'entendre sur les attentes des réunions de consultation
- Bâtir un « milieu » consultatif dans les cliniques et les programmes :
  - Utiliser la consultation de manière ouverte et continue
  - Gardez tout le monde « au courant » et impliqué
  - Rechercher la diversité dans les commentaires consultatifs (c.-à-d. ne pas utiliser par défaut les mêmes consultants partageant les mêmes idées)
- Consacrer un peu de temps à la pleine conscience (par exemple, 3-5 minutes au début et à la fin de la réunion) et à la formation continue

## Principes directeurs en consultation (adaptés) de Beauchamp & Childress, 2008)

- **Bienfaisance** : ce qui est suggéré en consultation sera-t-il susceptible d'être bénéfique pour les clients (ou le thérapeute) et d'être utile ?
- **Non-malversation** : ce qui est suggéré aura-t-il un faible risque de préjudice ?
- **Autonomie** : ce qui est suggéré respectera-t-il la capacité des clients à choisir et à prendre des décisions ? Conformément à la « consultation du client », l'intervention et l'approche permettent-elles aux clients d'utiliser leurs compétences et d'être leurs propres agents dans la vie ?
- **Fidélité** : ce qui est suggéré sera-t-il fidèle au consentement éclairé et aux accords de traitement, y compris ce qui a été promis et les règles et attentes discutées ?
- **Justice** : ce qui est suggéré permettra-t-il d'équilibrer équitablement les besoins, les droits et les ressources d'un client par rapport aux autres membres d'un groupe, d'un programme ou d'une clinique ?

## Processus de l'arbre de décision de consultation

- *Un* : Définir la préoccupation du client ou du thérapeute
- *Deux* : Voir si la préoccupation est traitée par une politique, une procédure, un protocole, des accords ou d'autres lignes directrices
- *Trois* : Discuter des positions sur la dialectique
- *Quatre* : Aller vers la synthèse avec ces considérations :
  - Le poste correspond-il le mieux aux lignes directrices établies du programme ?
  - a-t-il une formation ou une clarification nécessaire pour le client ou le thérapeute ?
  - Le régime profite-t-il au client, minimise-t-il les risques, respecte-t-il l'autonomie du client et reste-t-il fidèle aux ententes ?
  - plan est-il respectueux et responsable ?

## Travailler avec des équipes qui ne sont pas des équipes de TCD

- Le client est le chef de l'équipe de traitement
- Pratiquez la philosophie de la TCD : sans jugement et sans péjoratif à l'échelle des clients, des thérapeutes et des équipes
- Collaborer : vues dogmatiques et conversions radicales non nécessaires
- Les membres de l'équipe n'ont pas besoin d'être d'accord ; le client peut avoir besoin de décider ce qui est le plus logique pour son traitement (c.-à-d. consulter le client)
- Communiquer, communiquer, communiquer



## **Consultation FAQ**

- Mes consultants doivent-ils être formés en TCD ?
- De combien de consultants ai-je besoin ?
- Où puis-je trouver des consultants ?
- Autre ?

## Résolution de problèmes Comportements difficiles

- Tenir compte des éléments suivants :
  - définition précise (comportementale) du problème
  - structure suffisante est-elle en place ?
  - Quelle(s) entente(s) avez(sont) en place ? Le client et/ou le thérapeute s'en tiennent-ils à l'entente ou aux ententes ?
  - Qu'est-ce qui a été essayé ? Analyser pourquoi les solutions n'ont pas fonctionné (et ce qui a fonctionné)
  - Le client (et/ou le thérapeute) a-t-il été **validé** ?
  - Comment le client peut-il être **orienté** vers la résolution du problème (qu'est-ce qu'il y a dedans pour lui / elle) ?
  - Quelles sont les solutions potentielles ?
  - Le client (et le thérapeute) peut-il **s'engager** à essayer une solution choisie ?

## Résolution de problèmes Comportements difficiles

- Questions pratiques à examiner (adapté de Beck, 1995) :
    - a-t-il une alliance thérapeutique solide ?
    - Les objectifs convenus sont-ils clairs et y a-t-il un engagement à y travailler ?
    - Le client croit-il en la méthode ?
    - client est-il socialisé au traitement (p. ex., le client collabore-t-il activement et contribue-t-il) ?
    - biologie du client ou les facteurs environnementaux externes interfèrent-ils avec la thérapie ?
  - Résolution de problèmes en fonction des questions pertinentes
  - Envisager un contrat de comportement pour certains comportements difficiles
  - Voir Contrat de comportement et Contrat DE DONNER dans les documents à distribuer
- Paquet, pages 48-49.**

## **Tâches hiérarchiques avec les clients dans Challenging**

- Vérifiez d'abord les problèmes d'alliance
- Rechercher un accord et un engagement sur les objectifs
- Rappeler au client l'accord (s)

## **Comportements d'automutilation (SIB) et idées suicidaires (SI)**

- Ces problèmes sont communs à la DBP
- Garder l'évaluation séparée de la thérapie
- Sib est un moyen de gérer les émotions
- Le SI est répandu lorsque la vie est écrasante et là n'est pas un moyen d'« évasion » et/ou d'espoir de changement

## **Définissez des contingences de sécurité claires**

- Orientez les clients vers vos procédures de sécurité : si x, alors y. Utilisez des contingences claires.
- Utiliser un suivi cohérent et ne pas faire d'exceptions aux protocoles
- Tous les clients signaleront avec précision les problèmes de sécurité sur la carte de journal.
- Tous les clients ayant des problèmes de sécurité actuels ou ayant des antécédents élaboreront un plan de sécurité. Le plan de sécurité sera mis en pratique, mis à jour et examiné régulièrement.
- Prenez tous les commentaires suicidaires au sérieux : il n'y a pas de « jeux »
- Les évaluations et la planification de la sécurité ont lieu dans le temps imparti et s'arrêtent à la fin de la session (c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'évaluation et de planification après la session). Les clients qui ne souhaitent pas coopérer seront envoyés à l'hôpital pour une évaluation plus approfondie.
- La sécurité est un « oui » ou un « non » avec un plan de sécurité clair
- Voir les attentes en matière de sécurité à la page 50 dans le paquet de documents à distribuer

85

## **Raisons courantes de l'ISB**

- Détourner l'attention de la douleur émotionnelle
- Donner un sentiment de libération et de soulagement
- Se mettre à la terre, pour se sentir réel
- Rendre la douleur émotionnelle « tangible », pour la voir
- Communiquer la douleur émotionnelle aux autres
- Se punir pour soulager la culpabilité
- Autres raisons



## Évaluation de l'ISB

- Obtenir des données de référence sur la fréquence, la gravité et la durée
- Qu'est-ce que le SIB ? Qu'est-ce qui a été fait précisément ?
- Où le SIB s'est-il produit sur le corps ?
- Quelle est la gravité ou dans quelle mesure la DGSI s'est-elle produite ?
- Le SIB ou le SIB a-t-il besoin de soins médicaux ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- La personne a-t-elle demandé des soins médicaux ?
- Quand l'ESB a-t-elle eu lieu ?
- Quelle était l'intention de la DGSI ?
- Quels étaient les facteurs contextuels entourant le SIB (analyse des changements d'utilisation) ?
- Quel est l'état émotionnel actuel de la personne, son niveau d'envie et son besoin de planification de la sécurité ?
- La personne a-t-elle toujours accès, a-t-elle les moyens et l'intention d'agir en fonction de la DGSI ?
- La personne peut-elle répondre aux attentes en matière de planification de la sécurité, ou un niveau de soins plus élevé est-il indiqué ?

## Dilemmes de l'évaluation du SIB

- Est-ce que je regarde le SIB ?
- Dois-je et/ou comment puis-je déterminer si un traitement médical est nécessaire ?
- De quelle quantité de détails ai-je besoin (p. ex., formats individuels ou de groupe) ?
- Que se passe-t-il si le client n'est pas disposé à fournir des informations ?
- Dois-je confisquer ou détenir des « outils » pour les clients ?
- Est-ce que je garde ou je me débarrasse des médicaments pour les clients ?
- Qui est responsable de la sécurité des clients ?
- **Quand le SIB doit-il être traité comme le SI ?**

## **Facteurs de risque courants de suicide**

- Idéation actuelle, méthode/plan avec accès et moyens, et intention d'agir
- Comorbidité et chronicité élevées (physiques et mentales)
- Troubles coexistants liés à l'abus de substances et à l'utilisation de substances (en particulier l'escalade)
- Antécédents de tentatives de suicide (particulièrement graves)
- Histoire de l'impulsivité
- Antécédents de suicide avec la famille et/ou les amis
- Pertes récentes (p. ex., relations, santé physique, finances, etc.)
- Détresse aiguë et extrême (p. ex., découragement, humiliation, culpabilité et honte, agitation, insomnie)
- Désespoir, se sentir inutile ou piégé, ou n'ayant aucun but dans la vie

## **Facteurs de risque courants de suicide**

- Retrait des autres et/ou de la société
- Changements inexplicables et changements d'humeur (particulièrement dramatiques)
- Faire des « visites » inexplicables ou donner des objets significatifs
- Membre de l'armée/ancien combattant
- GLBTQIA (en particulier les jeunes avec un soutien limité)
- Âge, sexe, race et autres facteurs :
  - adultes jeunes et âgés
  - célibataire et/ou vivant seul
  - Caucasien
  - Homme

## Facteurs de protection contre le suicide

- Relation(s) thérapeutique(s) positive(s)
- Soutien social positif
- Religion/spiritualité
- Les enfants à la maison
- Habiletés d'adaptation et de résolution de problèmes
- Sens des responsabilités, sens et/ou satisfaction à l'égard de la vie

## Éléments essentiels de l'évaluation de l'innocuité

- **Tous les** clients doivent être évalués pour le suicide, l'automutilation et l'homicide
- Une planification claire doit être établie pour les clients à risque (qui respecte ou dépasse les normes de la profession) en fonction du niveau d'intensité du traitement indiqué
- Le suivi doit se faire conformément au plan
- La consultation est importante, en particulier dans les situations à risque plus élevé
- Documentation claire de l'évaluation, du plan, du suivi et de toutes les consultations (si cela n'est pas documenté, cela n'a pas eu lieu)

## Évaluation du suicide (Faites tout cela avec précision)

- Évaluer les pensées suicidaires et les pulsions, à la fois actuelles et par l'histoire
- Évaluer le niveau d'intensité de la pensée et des pulsions, 0 à 10, et poser les questions nécessaires pour comprendre ce que ce niveau signifie pour le client. Évaluer la fréquence et la durée
- Évaluer l'historique des tentatives
- Évaluer le niveau de désespoir

## Évaluation du suicide (Faites tout cela avec précision)

- Évaluer si le client a un plan, et si les clients ont les moyens d'agir sur le plan, et l'accès aux moyens. Dans quelle mesure le plan est-il mortel ? (Probabilité élevée d'achèvement avec une faible probabilité d'intervention la plus grave)
- Évaluer si le client a pris des mesures pour agir
- Évaluer le niveau d'intention (aucun, faible, moyen, élevé)
- Tenir compte des facteurs de risque pertinents
- Évaluer la capacité du client à contrôler la pensée et les envies et / ou demander de l'aide. Quels sont les facteurs de protection disponibles et qu'est-ce qui a fonctionné pour rester en sécurité ? **Commencez la création d'un plan de sécurité.**

## De l'évaluation à un plan de sécurité

- Commencez par **les comportements de sécurité existants** (compétences) pour construire une base
- Identifier les **vulnérabilités** et les **signes avant-coureurs** pour le SI et le SIB (y compris les pensées, les sentiments, les comportements et les situations)
- Identifier les **invites** et les **déclencheurs** du SI et du SIB (y compris les pensées, les sentiments, les comportements et les situations)
- Identifier les **compétences et les comportements spécifiques qui sont des alternatives** au SI et au SIB (en s'appuyant sur les comportements de sécurité existants)
- Identifier des **personnes de soutien spécifiques** aux auxdants à accéder en cas de crise (professionnelles et personnelles)
- Identifier les obstacles à l'utilisation d'un plan avec des compétences et des comportements spécifiques à utiliser pour surmonter les obstacles
- Faire plusieurs copies

## Conseils sur le plan de sécurité

- **Tous les** clients ayant des problèmes de sécurité ont besoin d'un plan de sécurité écrit comme objectif initial
- Il faut s'attendre à ce que les clients examinent et pratiquent quotidiennement les compétences et les comportements du plan de sécurité
- Examiner les plans de sécurité à chaque séance jusqu'à ce que les problèmes de sécurité aient été résolus
- Attendez-vous à ce que les clients pratiquent des compétences et des comportements sur le plan de sécurité lorsqu'ils ne sont pas en détresse
- Demandez aux clients de réviser et de mettre à jour activement les plans de sécurité. Ce sont des documents « vivants », à la fois métaphoriquement et littéralement

## **Contrats sans préjudice**

- Ne réduisez PAS la responsabilité, mais...
  - Peut être utilisé dans le cadre d'une évaluation complète, la sécurité la planification, le suivi et la documentation
  - Peut être efficace lorsqu'il existe une alliance thérapeutique solide

## **Ressources d'information sur le suicide**

- Centre de ressources sur la prévention du suicide [www.sprc.org](http://www.sprc.org)
- American Foundation of Suicide Prevention [www.afsp.org](http://www.afsp.org)
- Association américaine de suicidologie [www.suicidology.org](http://www.suicidology.org)
- Réseau d'action pour la prévention du suicide [www.spanusa.org](http://www.spanusa.org)

## Hospitalisations

- Utiliser lorsqu'il n'y a pas d'engagement clair en matière de sécurité avec un plan pour rester en sécurité (rarement pour SIB, cependant)
- Renforcer l'utilisation « habile » de l'hôpital
- Supprimer activement le renforcement des hospitalisations « non qualifiées »
- Créer une « épreuve bienveillante » pour les hospitalisations non qualifiées (utilise des contingences comportementales) • Garder le contact avec les clients à l'hôpital au minimum
- Ajuster les contingences environnementales autour des hospitalisations
- Transport uniquement en ambulance ou en police
- Communiquer avec l'hôpital
- Documenter entièrement

87

## Quand référer

- Lorsque le client a besoin de « plus » que ce qui est permis par le protocole, le modèle ou le cadre de traitement
- Lorsque le client ne parvient pas à faire des progrès après les obstacles et les objectifs sont traitées de façon adéquate
- Lorsque les questions de sécurité ne sont pas traitées de manière adéquate dans le niveau actuel de soins

80



## **Il est temps de faire de la TCD : Pratique expérientielle**

- Réformez votre dyade ou triade. En utilisant la vidéo comme exemple, organisez une séance de TCD avec votre partenaire. Changer de rôle à mi-chemin du temps alloué
- N'oubliez pas : Soyez authentique dans votre présentation client,



## **Prochaines étapes : Idées de développement en tant que thérapeute en TCD**

- Évaluez votre compréhension et votre niveau de compétence actuels
- Demander une supervision et/ou une consultation continues
- Trouvez d'autres thérapeutes intéressés pour créer un consortium
- Poursuivre une formation continue (de préférence de différents instructeurs)
- Passez en revue des livres, des manuels et des articles de recherche
- Recherchez des ressources en ligne
- Développez vos propres matériels de compétences et feuilles de travail (peut-être même un manuel spécialisé pour votre population)
- Faire l'élaboration périodique de programmes
- Les professionnels sont ultimement responsables de leur propre développement !



[illegible]

[illegible]

**REMARQUES :**

[illegible]