

James Bennett-Levy | Richard Thwaites
Beverly Haarhoff | Helen Perry

RÉVISION SCIENTIFIQUE
Abdel Boudoukha

TESTER | PRATIQUER

Expérimentez la thérapie cognitivo- comportementale

Véritable *workbook*
pour les thérapeutes

- Protocole d'intervention
- Intervention en groupe
- Trousse d'activités

↓ 35 feuilles de travail
à télécharger

deboeck **B**
SUPÉRIEUR

**Expérimentez
la thérapie
cognitivo-
comportementale**

TESTER - PRATIQUER

Guides d'auto-expérimentation et d'auto-analyse pour psychothérapeutes

James Bennett-Levy,
directeur de collection (Guilford Publications)

Cette collection invite les thérapeutes à travailler, par eux-mêmes, leur dimension personnelle et professionnelle, par le biais d'un travail d'auto-expérimentation et d'auto-analyse (introspection) (AE/AA).

Les livres de la collection guident les thérapeutes à travers un processus structuré en trois étapes : se focaliser sur un problème personnel ou professionnel que l'on veut traiter, pratiquer des exercices thérapeutiques sur soi-même (auto-expérimentation), et retirer une leçon de cette expérience (auto-analyse). La recherche soutient les apports uniques de l'AE/AA en ce que celle-ci fournit des connaissances et des compétences qui ne sont pas facilement accessibles par le biais de procédures de formation plus conventionnelles. L'approche convient aux thérapeutes, quel que soit leur niveau d'expérience, des stagiaires aux superviseurs expérimentés. Les volumes de cette collection comportent des feuilles de travail et des formulaires reproductibles que les utilisateurs peuvent télécharger et imprimer.

- *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, James Bennett-Levy, Richard Thwaites, Beverly Haarhoff et Helen Perry
- *Expérimentez la thérapie des schémas*, Joan M. Farrell et Ida A. Shaw

James Bennett-Levy | Richard Thwaites
Beverly Haarhoff | Helen Perry

RÉVISION SCIENTIFIQUE
Abdel Boudoukha

Expérimentez la thérapie cognitivo- comportementale

Véritable *workbook*
pour les thérapeutes

- Protocole d'intervention
- Intervention en groupe
- Trousse d'activités

Ouvrage original:

Experiencing CBT from the Inside Out. A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists,
James Bennett-Levy, Richard Thwaites, Beverly Haarhoff, Helen Perry.

Copyright © 2015 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

Published by arrangement with The Guilford Press

Téléchargez les compléments numériques sur
<https://www.deboecksuperieur.com/site/328693>

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine
de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

Maquette de couverture: Sophie Martinet

Mise en page: PCA

© De Boeck Supérieur s.a., 2021

Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Pour la traduction et l'adaptation française

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale, Paris: avril 2021

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles: 2021/13647/024

ISBN 978-2-8073-2869-3

*À Concord – Ann, Melanie, Gillian et Martina –
dont les compétences cliniques et l'amitié ont fait
de mes années à l'Oxford Cognitive Therapy Centre
le plus riche des moments*

– JB-L

*À Sarah pour ses encouragements et sa compréhension,
ainsi qu'à tout le personnel de First Step, qui a
soutenu l'AE/AA et a participé à un processus conjoint
d'apprentissage*

– RT

*À Errol, meilleur ami et compagnon de route,
et à tous les étudiants de l'université de Massey
qui m'ont tant appris dans le cadre de mes études
postdoctorales TCC*

– BH

*À mes parents, dont la fierté à mon égard n'a jamais
faibli, et à Dave pour le soutien et l'espace qu'il
m'a accordé, surtout pendant ce voyage*

– HP

Remerciements

Notre grande reconnaissance va à un certain nombre de coauteurs et de collègues qui, d'une manière ou d'une autre, ont soutenu la croissance de l'AE/AA au cours des quinze dernières années. Il s'agit de Mark Freeston, Nicole Lee, Anna Chaddock, Melanie Davis, Sonja Pohlmann, Elizabeth Hamernik, Katrina Travers, Rick Turner, Michelle Smith, Bethany Paterson, Taryn Beaty, Sarah Farmer, Melanie Fennell, Ann Hackmann, James Hawkins, Bev Taylor, Paul Farrand, Marie Chellingsworth, Craig Chigwedere, Anton-Rupert Laireiter, Ulrike Willutski, Alec Grant, Clare Rees, Kathryn Schneider, Päivi Niemi, Juhani Tiuraniemi, Niccy Fraser, Jan Wilson, Samantha Spafford, Derek Milne, Paul Cromarty, Peter Armstrong. Nous tenons également à remercier Angie Cucchi et les participants à l'AE/AA de Cumbria et d'Auckland qui ont fourni des commentaires précieux sur les versions antérieures du nouveau manuel d'AE/AA. Nos remerciements particuliers et notre amour vont à nos partenaires, Judy, Sarah, Errol et David, qui ont porté le poids des heures asociales que nous avons consacrées à écrire. Nous reconnaissons l'immense contribution de Christine A. Padesky à la TCC contemporaine, et nous lui sommes très reconnaissants d'avoir si généreusement accepté d'écrire l'avant-propos. Enfin, nous tenons à remercier tout particulièrement Jeannie Tang, directrice de la production, Philip Holthaus, réviseur, Judith Grauman, responsable éditoriale, pour la souplesse et le soin avec lesquels elle a dirigé la production du livre, et Kitty Moore, directrice éditoriale, qui a apporté un merveilleux encouragement et soutien à ce projet dès sa première année d'existence, pour son excellent service et son excellent soutien dès les premières minutes de notre rencontre chez Guilford Press, à San Francisco.

À propos des auteurs

James Bennett-Levy, PhD, est professeur agrégé en santé mentale au University Center for Rural Health, université de Sydney, Australie. Il a été le pionnier de la formation en thérapie cognitivo-comportementale auto-expérientielle (TCC) depuis son premier article sur l'auto-expérimentation/auto-analyse (AE/AA) en 2001, et a apporté une contribution significative à la littérature sur la formation des thérapeutes avec plus de vingt-cinq publications de formation en TCC. En particulier, son modèle de développement des compétences des thérapeutes par la déclaration, la procédure et la réflexion de 2006 est largement utilisé et cité. Le Dr Bennett-Levy est coauteur et coéditeur de trois autres ouvrages sur la pratique de la TCC, dont, plus récemment, l'*Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*.

Richard Thwaites, DCLinPsy, est psychologue clinicien consultant et thérapeute en TCC qui assure la fonction de directeur clinique dans un important service de psychothérapie du National Health Service au Royaume-Uni. En plus de pratiquer la thérapie, il assure le leadership clinique, la supervision, la formation et la consultation en TCC, y compris la mise en œuvre de programmes d'AE/AA. Ses recherches récentes portent notamment sur le rôle de la relation thérapeutique dans la TCC et sur l'utilisation de la pratique réflexive dans le processus de développement des compétences.

Beverly Haarhoff, PhD, est psychologue clinicienne et maîtresse de conférences à l'École de psychologie de l'université Massey, à Auckland, en Nouvelle-Zélande, où elle a joué un rôle déterminant dans la création du premier diplôme de troisième cycle en TCC dans l'hémisphère sud. Au cours des quatorze dernières années, elle a formé et supervisé des stagiaires en TCC et en psychologie clinique. Ses recherches ont porté principalement sur l'AE/AA en tant que mécanismes de soutien et d'amélioration de l'acquisition des compétences des thérapeutes en TCC à tous les niveaux de développement. Le Dr Haarhoff a un cabinet clinique privé et anime régulièrement des ateliers de formation en TCC.

Helen Perry, MA, est chargée de cours principale auxiliaire à l'université de Sydney et psychologue clinicienne en cabinet privé. Elle a joué un rôle clé dans la création du diplôme en TCC à l'université Massey et est une formatrice et superviseuse TCC active. Elle a été cheffe de projet pour une étude de recherche sur la formation en TCC en ligne et a coécrit deux articles dans ce domaine. Mme Perry a travaillé tout au long de sa vie dans un large éventail de milieux cliniques. Elle s'intéresse particulièrement à la dépression et à l'anxiété complexes et comorbides, ainsi qu'aux troubles liés aux traumatismes et au stress.

À propos du réviseur scientifique

Abdel Boudoukha est professeur de psychologie à l'Université de Nantes. Psychologue clinicien formé aux thérapies cognitivo-comportementales, il est très impliqué dans leur enseignement, dans la formation initiale et continue des médecins et des psychologues. Ses recherches portent sur les conséquences du stress chronique et aigu (burnout et trauma), chez les professionnels notamment. Il exerce en cabinet libéral à Nantes.

Avant-propos

L'une des meilleures façons d'apprendre la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est de l'utiliser dans votre propre vie. Ce n'est que par la pratique hebdomadaire et quotidienne que vous appréciez la puissance des méthodes utilisées, leur impact émotionnel, cognitif et comportemental, et les obstacles que les patients sont susceptibles de rencontrer lorsqu'ils les utilisent. C'est pour cette raison que j'ai été mon propre premier patient en TCC et que j'ai toujours inclus l'auto-expérimentation dans mes programmes de formation et mes ateliers.

Qu'ai-je appris de ma propre pratique de la TCC et de l'auto-analyse? En plus de profiter d'une meilleure humeur et d'une meilleure compréhension de moi, j'ai appris que ma pratique de l'autothérapie rend la TCC plus crédible pour mes patients. Ceux-ci sont souvent effrayés ou émus lorsque je leur dis qu'au début, lorsque j'ai utilisé cette méthode, j'ai trouvé cela difficile et que pourtant, après quelques semaines, cela m'a vraiment aidé. Votre crédibilité, l'alliance thérapeutique et l'adhésion du patient sont renforcées lorsque vous avez tenu parole. Votre expérience personnelle de l'utilisation de la TCC en dit long à vos patients sur votre conviction que ces méthodes en valent la peine.

Je suis une règle personnelle de ne jamais donner à mes patients un devoir que je n'aie pas déjà fait moi-même ou que je n'aie pas l'intention de faire dans la semaine à venir. De temps en temps, je leur dis: «Faisons ce devoir cette semaine et comparons nos notes sur ce qui s'est passé lorsque nous nous reverrons à la prochaine séance.» Le fait de vous soumettre au même rythme que vous attendez de votre patient est un témoignage fort de votre engagement envers la collaboration en thérapie. C'est aussi une prise de conscience pour ne pas perdre de vue ce que c'est que d'effectuer diverses tâches d'apprentissage. Et cela souligne l'importance des expériences thérapeutiques et des exercices d'apprentissage quand on peut dire au patient que l'on passe du temps à le faire aussi. Même une tâche fondamentale comme l'identification de vos pensées automatiques s'enrichit lorsque vous prenez votre temps et y attachez une analyse sereine. Lorsque je ressens de la pression au travail et prends un moment pour remarquer mes pensées automatiques, la première couche peut être quelque chose qui ressemble à «J'ai tant à faire. Je dois le faire aujourd'hui et je n'ai guère le temps de le faire.» Après

avoir identifié ces premières pensées automatiques, je me sens encore sous pression. Cependant, si je passe plus de temps à m'occuper de mes pensées, une autre couche émerge : « D'autres comptent sur moi. Je veux faire du bon travail. » Avec un peu plus de temps de réflexion, des niveaux de sens plus profonds se mettent en évidence : « Il est vraiment important pour moi de faire de mon mieux. J'apprécie ce travail et je veux y contribuer. C'est une opportunité pour moi de changer les choses. » Lorsque je prends le temps de découvrir mes pensées automatiques liées à des significations et des valeurs plus profondes, la pression que je ressens peut se transformer en une raison d'être galvanisée. Ainsi, si vous voulez apprendre à utiliser la TCC le plus efficacement possible, il est important que vous appreniez à la pratiquer d'une manière qui vous relie à des niveaux de conscience plus profonds, et non pas simplement à des pensées, émotions et comportements superficiels.

Ces concepts d'auto-expérimentation sont beaucoup mieux compris aujourd'hui qu'ils ne l'étaient dans les années 1970, lorsque j'ai appris à utiliser la TCC pour la première fois avec moi-même et mes patients. J'ai été ravie, en 2001, lorsque j'ai été invitée à être examinatrice pour la thèse de doctorat de James Bennett-Levy, qui était la première étude sur les effets de l'auto-expérimentation et de l'auto-analyse (AE/AA) sur la TCC. L'idée de Bennett-Levy d'adjoindre l'auto-analyse explicite à l'auto-expérimentation était un ajout important à l'idée d'apprendre en faisant. Le pouvoir d'appariement de la pratique et de l'analyse a été confirmé par les recherches que nous avons entreprises plus tard ensemble (Bennett-Levy & Padesky, 2014) et par un certain nombre d'études de recherche en AE/AA menées par les auteurs du présent ouvrage. Vous comprendrez le concept « de l'intérieur vers l'extérieur » lorsque vous aurez terminé ce livre.

En tant que lecteur, vous êtes entre de bonnes mains. Les auteurs ont non seulement utilisé ces méthodes eux-mêmes, mais ils ont également guidé des centaines de thérapeutes tout au long du processus. Les exercices, les feuilles de travail et les textes pédagogiques ont tous été mis à l'épreuve en situation et conçus pour vous aider à vivre la meilleure expérience possible en utilisant la TCC pour votre auto-expérimentation. Les exercices d'auto-analyse contenus dans ce livre vous aident à maximiser votre apprentissage à chaque étape du processus. Je suis heureuse de voir l'accent mis dans ces pages sur l'identification des forces, la construction de nouvelles hypothèses et de nouveaux comportements, et sur l'utilisation de l'imagerie et des expériences comportementales. Toutes ces méthodes sont au cœur de la TCC basée sur les forces (Padesky & Mooney, 2012), dont nous avons été les pionniers dans notre centre et que nous avons enseignée à des milliers de thérapeutes dans le monde. Les auteurs ont adapté ces concepts de façon créative et développé des exercices bien adaptés au développement des thérapeutes.

Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale est un guide idéal pour vous aider à acquérir une compréhension plus sophistiquée de la pratique de la TCC. Il propose un itinéraire de découverte de soi et d'apprentissage. C'est à vous d'explorer les différentes voies décrites ; les choix que vous ferez vous aideront à déterminer ce que vous apprendrez. Je vous suggère de vous promener, plutôt que de faire un sprint, à travers le livre. Plus vous consacrerez de temps à chaque chapitre, plus vous aurez l'occasion

de découvrir l'inattendu. En cours de route, vos efforts sont susceptibles de susciter de nouvelles profondeurs de sens et de nouvelles manières d'être pour vous aider à devenir un meilleur thérapeute et une personne plus heureuse.

Les auteurs vous invitent à participer à l'AE/AA avec une curiosité empreinte d'ouverture. Je suis persuadée que, de cette façon, vous découvrirez une appréciation et un enthousiasme authentiques à l'égard de toutes les possibilités qu'offre la TCC.

Christine A. Padesky, PhD
Center for Cognitive Therapy, Huntington Beach, Californie www.padesky.com

Références

- Bennett-Levy, J., & Padesky, C. A. (2014). Use it or lose it: Post-workshop reflection enhances learning and utilization of CBT skills. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 12-19.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioral therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 283-290.

Prologue

Bienvenue dans *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*. Après quinze ans de Recherche, l'auto-expérimentation/auto-analyse (AE/AA) a atteint un niveau de maturité tel que nous nous sentons suffisamment confiants pour publier le premier manuel d'AE/AA accessible au public. Cela permettra aux thérapeutes cognitivo-comportementaux en herbe et expérimentés non seulement de lire sur la TCC, mais aussi de la pratiquer sur eux-mêmes. Des études indiquent que l'AE/AA approfondit la compréhension de la TCC par les thérapeutes et affine leurs compétences thérapeutiques, y compris les méta-compétences telles que la capacité d'analyse et celle d'améliorer la relation thérapeutique.

En expérimentant la TCC de l'intérieur, nous avons saisi l'occasion non seulement de refléter les conceptions contemporaines de la TCC, mais aussi de les élargir. Au cours de la rédaction de ce manuel, nous avons développé le modèle du disque comme un moyen intégratif de formuler et de mettre en contraste les *anciennes* et les *nouvelles manières d'être*. Pendant que nous écrivions, nous nous demandions si un manuel consacré à l'AE/AA était le bon endroit pour introduire de nouvelles façons de pratiquer la TCC. Mais le modèle du disque des *manières d'être* s'est développé avec insistance, et en dernière instance, nous ne pouvions réprimer cet ensemble d'idées qui ne demandait qu'à s'exprimer.

Nous vous invitons, en tant que participant à l'AE/AA, à expérimenter ce nouveau modèle tout en vous engageant dans le manuel ; à explorer ses implications – non seulement pour votre compréhension de la TCC et pour le développement de vos compétences thérapeutiques, mais surtout pour vous-même. Si, dans le cadre de ce processus, vous trouvez de nouvelles façons d'élargir le modèle, veuillez-nous le faire savoir. Nous serions ravis d'en entendre parler.

Par-dessus tout, nous espérons que vous apprécierez l'expérience de la TCC de l'intérieur vers l'extérieur, que ce manuel vous stimulera et qu'il vous permettra d'apprécier la richesse et la diversité de la TCC. L'une des grandes qualités de la TCC est d'avoir constamment évolué au cours de sa relativement brève existence. Nous espérons que le modèle du disque des *manières d'être* et la pratique de l'AE/AA représentent une autre petite étape dans son évolution.

James Bennett-Levy, Richard Thwaites, Beverly Haarhoff, Helen Perry

Sigles et acronymes

AA	auto-analyse
AC	activation comportementale
AE	auto-expérimentation
BAI	<i>Beck Anxiety Inventory</i> (inventaire d'anxiété de Beck)
COMET	<i>Competitive Memory Training</i> (Entraînement à la compétition mnésique)
EVA	échelle visuelle analogique
ICS	<i>Interacting Cognitive Subsystems</i> (modèle des sous-systèmes cognitifs en interaction)
MDE	manières d'être
PAN	pensées automatiques négatives
TCC	thérapie comportementale et cognitive
TORASADAS	traditions, orientation (sexuelle), religion (et orientation spirituelle), sexe (et genre), âge (et influences générationnelles), déficiences (développementales ou d'ordre physique, cognitives, sensorielles et psychiques), appartenance (ethnique et identité « raciale », origine nationale), situation (socio-économique)

CHAPITRE 1

Introduction

Pour bien comprendre la démarche et les processus thérapeutiques en TCC, rien ne remplace l'auto-expérimentation des stratégies et techniques de la thérapie cognitive.

Christine A. Padesky, p. 288¹

Les recherches menées au cours des quinze dernières années ont constamment démontré l'impact positif de l'auto-expérimentation et de l'auto-analyse (AE/AA) sur les compétences des praticiens en thérapie comportementale et cognitive (TCC) quel que soit leur niveau d'expérience, du débutant au superviseur expérimenté. Nous espérons que vous apprécierez l'approche AE/AA, que votre compréhension, vos compétences, votre confiance et votre capacité de réflexion en TCC profiteront de cette expérience, que l'AE/AA vous sera utile sur les plans professionnel et personnel, et que votre expérience sera directement profitable à vos patients. Les citations des participants au début du livre ne sont qu'un petit échantillon des réactions enthousiastes à l'AE/AA qui ont été une caractéristique constante des programmes que nous avons animés.

Dans ce chapitre, nous commençons par une brève introduction à l'AE/AA, nous discutons le principe de l'approche AE/AA, puis nous abordons brièvement les résultats des recherches et enfin nous fournissons un premier guide pour vous aider à naviguer dans le reste du livre. Les chapitres 2 à 4 fournissent des détails supplémentaires pour améliorer l'expérience des participants et des formateurs à l'AE/AA.

Qu'est-ce que l'AE/AA?

L'AE/AA est une stratégie de formation expérientielle qui fournit aux thérapeutes une expérience structurée de la TCC par l'auto-expérimentation (AE) et l'auto-analyse de cette expérience (AA).

Dans le cadre d'un programme d'AE/AA, vous choisissez un problème professionnel ou personnel sur lequel vous vous concentrez, puis utilisez des stratégies de TCC pour identifier, conceptualiser et traiter ce problème. Après l'auto-expérimentation de TCC, vous réfléchissez sur votre expérience des techniques. Ces réflexions semblent être beaucoup plus précieuses si elles sont couchées sur le papier, plutôt que simplement « en tête », car les réflexions écrites sont une partie essentielle de l'AE/AA. La réflexion se fait à différents niveaux, par exemple, le participant à l'AE/AA peut tout d'abord se focaliser sur son expérience personnelle d'une des techniques de la TCC (comme une expérience comportementale) et identifier les éléments qui ont été utiles (ou inutiles) ; il peut ensuite étudier les implications de cette expérience dans sa pratique clinique et dans sa compréhension de la conceptualisation TCC.

S'il s'agit d'un programme d'AE/AA en groupe, les participants peuvent partager leurs réflexions sur le processus avec leurs collègues, ce qui leur permet de voir en quoi leurs expériences de stratégies particulières sont similaires ou différentes les unes des autres. L'auto-expérimentation est le cœur de la formation en AE/AA, ce qui la différencie des autres formes plus habituelles de formation en TCC et qui amène généralement les participants à faire état d'un sens plus profond de la connaissance de la TCC³, en l'ayant vécue de l'intérieur.

Principes de base de l'AE/AA et résultats de la recherche

À ses débuts (du milieu des années 1970 à la fin des années 1980), la TCC a été présentée comme une intervention essentiellement technique qui n'accordait que peu ou pas d'attention à la personne du thérapeute. Cependant, dans les années 1990, la valeur de la pratique de la TCC sur soi-même a été de plus en plus reconnue^{1,4-7}. Les raisons invoquées se divisent en deux grandes catégories : premièrement, des formatrices comme Judith S. Beck et Christine A. Padesky ont suggéré que l'auto-expérimentation de la TCC faciliterait l'acquisition et le perfectionnement des compétences en TCC^{1,5}. Deuxièmement, la publication en 1990 de deux ouvrages fondamentaux, *Cognitive Therapy for Personality Disorders*⁴ et *Interpersonal Processes in Cognitive Therapy*⁸, a permis de mieux comprendre que la conscience et la connaissance de soi des thérapeutes sont aussi importantes dans la TCC que dans les autres thérapies⁷, particulièrement lorsqu'ils travaillent avec des patients plus complexes pour lesquels la relation thérapeutique est souvent problématique. Les écrits de ces auteurs, ainsi que notre propre expérience personnelle de l'utilisation des techniques de TCC

sur nous-mêmes⁹, nous ont inspiré l'élaboration des premiers cahiers de travail sur l'AE/AA.

Depuis lors, d'autres auteurs ont souligné la valeur de l'auto-expérimentation de la TCC et de l'auto-analyse¹⁰⁻¹², ainsi un important corpus de recherches empiriques sur l'AE/AA a émergé^{2,3,13-33}. Des études menées dans différents pays auprès de différents groupes de participants, il ressort que l'AE/AA améliore la compréhension de la TCC, les compétences en TCC, la confiance en soi du thérapeute et la croyance en la valeur de la TCC comme une thérapie efficace^{16,17}. Ces recherches suggèrent que l'impact de l'AE/AA est aussi utile pour les thérapeutes expérimentés que pour les novices^{13,15}. Les participants rapportent que l'AE/AA par expérimentation de la TCC^{3,13} leur apporte une impression plus profonde de connaissance de la thérapie. L'impact se fait sentir dans leurs compétences conceptuelles (p. ex. conceptualisation TCC)¹⁸, leurs compétences techniques (p. ex. capacité d'utiliser les techniques de TCC plus efficacement)¹³ et leurs compétences interpersonnelles (p. ex. empathie pour le patient-client)^{16,26,34,35}. Les participants signalent également que leurs compétences métacognitives (auto-réflexives) se sont améliorées grâce à l'AE/AA. Il s'agit là d'un résultat important puisque la capacité de réflexion est une compétence métacognitive clé, moteur de l'apprentissage continu tout au long de la vie professionnelle du thérapeute^{14,34}.

Par ailleurs, les participants témoignent systématiquement d'un effet de l'AE/AA sur leur attitude envers les patients, à travers une amélioration de leurs aptitudes interpersonnelles et de leurs relations thérapeutiques. C'est probablement le résultat le plus important, et il ressort comme un élément central de chaque étude sur l'AE/AA. Par le biais de l'auto-expérimentation de la TCC, ils acquièrent une évaluation immédiate des difficultés de changement, du rôle que jouent des patterns sous-jacents comme l'évitement, les biais cognitifs négatifs, les ruminations et les comportements de rassurance qui maintiennent les « manières d'être » non constructives, de l'anxiété générée par certaines techniques de TCC visant les changements (par exemple, l'exposition, les expériences comportementales) et de l'importance de la relation thérapeutique dans le processus du changement. La formation en TCC a traditionnellement été solide dans l'enseignement des compétences de conceptualisation et techniques, mais peut-être plus légère dans le domaine des relations interpersonnelles³⁶. Les thérapeutes TCC expérimentés affirment avoir trouvé dans l'auto-expérimentation des techniques thérapeutiques et l'auto-analyse la meilleure façon d'acquérir et d'affiner leurs compétences interpersonnelles³⁷. L'AE/AA semble fournir un moyen sûr et efficace d'améliorer les compétences interpersonnelles en TCC – « une voie médiane pratique entre la thérapie personnelle et l'absence de travail expérientiel, possible pour les établissements, les praticiens et les étudiants » (p. 155)¹³.

Nous avançons que l'AE/AA a le potentiel de jouer un rôle unique dans la formation et l'évolution des thérapeutes. Nous en sommes venus à la considérer comme une stratégie de formation intégrative qui relie les compréhensions déclaratives de la TCC aux habiletés procédurales, qui intègre l'interpénétration entre les niveaux conceptuels et techniques, et qui améliore les canaux de communication entre le thérapeute et

son identité personnelle¹⁶. L'élément auto-expérientiel de l'AE/AA facilite les liens; la réflexion les fortifie.

L'orientation initiale d'Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale

Il existe aujourd'hui toute une famille de TCC avec un certain nombre de ramifications³⁸ (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale, thérapie comportementale rationnelle-émotive (REBT), thérapie des schémas (*schema therapy*), thérapie d'acceptation et engagement (ACT), thérapie métacognitive (MT) et thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)). Le projet TCC d'*Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale* est centré sur la thérapie cognitive d'Aaron T. Beck, tout en l'étendant parfois à de nouvelles méthodes de conceptualisation. Dans *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, nous n'avons pas inclus les techniques d'autres thérapies influencées par la TCC, telles que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, l'ACT, la thérapie des schémas et la thérapie métacognitive, car certaines de ces techniques feront l'objet de manuels spécifiques «Tester - Pratiquer».

Le présent manuel est organisé en deux sections principales : les chapitres d'introduction (chapitres 1 à 4) et surtout les modules d'AE/AA (modules 1 à 12). Nous suggérons à tous les participants de lire les chapitres 1, 2 et 3. Le chapitre 2 traite des principes conceptuels qui ont influencé le contenu du manuel. Dans *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, les lecteurs trouveront des approches contemporaines et traditionnelles de la TCC. Notre approche de la TCC a été influencée par les sciences cognitives, les innovations cliniques et des connaissances neuroscientifiques qui n'ont pas encore été pleinement intégrées au courant dominant. Le chapitre 2 traite du principe de certaines des stratégies les plus novatrices que vous expérimenterez, y compris le modèle des *manières d'être*, qui fournit la structure de base du manuel.

Il est important que tous les participants à l'AE/AA lisent le chapitre 3, car il fournit des lignes directrices pour l'utilisation du manuel et aborde des questions telles que la façon de choisir un problème professionnel ou personnel sur lequel se concentrer, quand faire l'AE/AA; les avantages et les inconvénients de l'AE/AA en individuel ou en groupe, des conseils sur la façon de renforcer votre capacité de réflexion et le temps à consacrer à l'AE/AA. Ce chapitre fournit des instructions pour vous préparer et vous familiariser avec les modules 1 à 12 qui suivent. Ces modules s'appuient les uns sur les autres en matière de contenu et de structure théorique. Les six premiers modules (partie I) sont axés sur l'identification et la compréhension des (*anciennes*) *manières d'être* peu constructives. Les six modules suivants (partie II) utilisent les fondements de la partie I pour créer et renforcer de *nouvelles manières d'être*. Nous aimerions pouvoir vous dire qu'il y a des raccourcis, mais en vérité, pour tirer le meilleur parti du manuel, il est préférable de le parcourir systématiquement, en consacrant à chaque module suffi-

samment de temps – en moyenne environ 2 heures dans la première partie, et plus ou moins 3 heures dans la seconde.

Le chapitre 4 «Recommandations aux «facilitateurs» d'AE/AA» est, quant à lui, rédigé spécifiquement pour les thérapeutes en TCC qui envisagent d'animer un programme d'AE/AA. Vous pourriez animer un groupe de pairs ou diriger un groupe de formation qui propose le programme à des fins de développement professionnel; ou vous prévoyez peut-être d'intégrer *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale* à un programme de formation en TCC existant. Le chapitre 4 traite des questions clés pour la mise en œuvre de programmes de formation efficaces en AE/AA. Il s'agit d'une lecture facultative pour ceux qui veulent auto-expérimenter la TCC en tant que participants.

Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas un manuel de TCC conventionnel. Dans les modules, nous fournissons du matériel et des exemples, mais il n'y a pas d'instructions détaillées pour les techniques de TCC que vous allez pratiquer sur vous-même. Nous présumons que vous connaissez déjà ces techniques ou que vous avez suffisamment de connaissances pour utiliser les notes et les références du module afin de vous rafraîchir la mémoire et vous guider. Pour chaque module, nous avons préparé des notes, que vous trouverez à la fin du livre, juste avant les références. Vous y trouverez des références à d'autres ouvrages ou chapitres qui fournissent plus de détails sur les stratégies spécifiques présentées dans les modules. Dans le manuel, nous suivons, par ailleurs, trois thérapeutes ayant des niveaux d'expérience différents – Pauline, Samia et Jean –, qui présentent le même type de problèmes professionnels ou personnels que ceux habituellement rencontrés par les participants à l'AE/AA. Nous proposons les exemples de Pauline, Samia et Jean pour vous aider à utiliser des techniques spécifiques.

Nous espérons que vous apprécierez ce manuel, que vous serez en mesure de vous créer de *nouvelles manières d'être* qui auront un impact positif sur votre vie professionnelle et personnelle, et que votre efficacité thérapeutique s'en trouvera considérablement améliorée.

CHAPITRE 2

Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale Le cadre théorique

Le présent chapitre a pour objet de poser le cadre théorique et les influences qui ont déterminé le contenu d'*Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, et de mettre en lumière les développements récents en TCC qui y sont intégrés. En tant que participant à l'AE/AA, il n'est pas essentiel que vous lisiez ce chapitre pour appliquer le programme. Cependant, si vous voulez comprendre la logique de certaines des stratégies originales de ce manuel, ce chapitre devrait alors vous intéresser.

Depuis la fin des années 1990, nous avons rédigé avec des collègues un certain nombre de versions du manuel initial d'AE/AA. Pour ce présent manuel, nous avons décidé de repartir de zéro, parce que le paysage de la TCC a considérablement évolué au cours des dernières années. Lors de la conception du nouveau manuel, nous nous sommes efforcés de créer un équilibre entre des stratégies classiques en TCC (stratégies que l'on qualifiera de *beckiennes*, c'est-à-dire issues des travaux d'A. T. Beck), car elles sont clairement reconnues et bien documentées (telles que la conceptualisation, le journal de bord des pensées, les expériences comportementales et le questionnement socratique), et une approche contemporaine qui tient compte de :

1. l'importance du traitement et du contenu de la pensée ;
2. l'influence croissante des approches transdiagnostiques ;
3. l'importance des stratégies fondées sur les forces (psychologie positive) ;
4. le rôle de la culture dans le façonnement de notre expérience de nous-mêmes et du monde ;
5. le rôle central des stratégies expérientielles dans le changement ;

6. la reconnaissance croissante que le corps et les émotions sont intimement liés ;
7. la découverte que les interventions centrées sur le corps peuvent avoir un impact direct sur les émotions, les pensées et les comportements.

La plupart de ces théories est intégrée dans deux modèles clés en science cognitive fournissant le cadre théorique d'*Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*. Il s'agit de l'*Interacting Cognitive Subsystems model*³⁹⁻⁴⁴, de John D. Teasdale et Philip J. Barnard, et du *Retrieval Competition model*⁴⁵, de Chris Brewin. Nous présenterons plus en détail ces modèles dans la deuxième moitié du chapitre. Nous reconnaissons également l'influence de Christine A. Padesky et de Kathleen A. Mooney, ainsi que de Kees Korrelboom et ses collègues, qui ont mis au point des interventions novatrices en TCC, hautement compatibles avec les théories de Teasdale et Barnard et de Brewin. Ces quatre ensembles de praticiens-chercheurs nous ont amenés à introduire dans ce livre un nouveau concept que nous décrivons comme le modèle des *manières d'être* (MDE). Le modèle MDE n'est probablement pas familier aux thérapeutes en TCC, bien qu'ils puissent en identifier des éléments avec d'autres approches, en particulier celles de Padesky et Mooney⁴⁶⁻⁴⁸, Korrelboom⁴⁹⁻⁵³, Hackmann, Bennett-Levy et Holmes⁵⁴.

Ce chapitre comporte trois sections. Dans la première, nous identifions les concepts traditionnels et contemporains de la TCC qui ont conduit le développement d'*Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale* et qui justifient leur inclusion. Dans la deuxième section, nous discutons les influences conceptuelles et cliniques dans le développement du modèle MDE. Dans la dernière section, nous décrivons la logique du modèle MDE et ses principales caractéristiques.

Concepts clés de TCC dans *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*

Le rôle central de la conceptualisation en TCC

Tous les éléments d'*Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, y compris le modèle MDE, reposent sur un principe qui est au cœur de la TCC depuis sa création : le rôle central de la conceptualisation^{10,11,55-57}. La TCC inspirée d'A. T. Beck a toujours eu la réputation d'être logique d'un point de vue théorique, tout en étant « souple » d'un point de vue méthodologique⁵⁸. Cette approche a permis à la créativité de s'épanouir et de donner naissance à toute une famille de ramifications en TCC (p. ex. la thérapie des schémas, l'ACT, la thérapie métacognitive et la MBCT). Nous nous sommes efforcés d'être fidèles à cet héritage en faisant de la conceptualisation la colonne vertébrale du manuel, tout en étant méthodologiquement souples avec des notions contemporaines et traditionnelles.

Focalisation à la fois sur le processus et les patterns sous-jacents de pensées et de comportements, et le contenu des pensées

Les premières déclinaisons de la TCC avaient tendance à vouloir modifier le contenu des pensées et les manières inadaptées, dysfonctionnelles, inutiles de penser et de se comporter. Cependant, même si, dans ces premiers modèles, le processus de la pensée était au second plan comparativement au contenu de la pensée, la TCC a toujours souligné l'importance, dans le maintien des problèmes^{57,59}, des patterns sous-jacents de comportements (p. ex. l'évitement) et des styles de pensées (p. ex. la « catastrophisation ») quand ils sont peu constructifs, stériles ou inefficaces.

Depuis le début du ^{xxi}e siècle, l'accent est, de plus en plus, mis sur les processus qui pilotent les pensées et maintiennent le comportement. Cela a conduit au développement de nouvelles formes de thérapie (p. ex. ACT, MBCT, thérapie métacognitive) qui se centrent davantage sur la relation du patient aux pensées (et aux émotions, corps et comportements), que sur le contenu proprement dit des pensées. Cette focalisation sur les patterns sous-jacents des pensées et des comportements a été mise en évidence dans un ouvrage emblématique d'Alison G. Harvey, Edward Watkins, Warren Mansell et Roz Shaf (2004), *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders*⁶⁰. Ces auteurs ont constaté que des processus tels que l'attention centrée sur soi, l'évitement des souvenirs douloureux, les processus de raisonnement erronés comme la pensée en « tout ou rien », la suppression de la pensée, la rumination, les comportements de sécurité, l'évitement comportemental et les patterns sous-jacents avaient tendance à être communs à différents troubles psychiques (approche processuelle ou transdiagnostique).

Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale met donc l'accent tant sur le *processus* que sur le *contenu* de la pensée (voir, par exemple, les modules 4 et 5) et s'efforce d'orienter l'attention des participants vers les patterns sous-jacents de leurs pensées et de leurs comportements.

Une approche transdiagnostique

Au cours de son développement initial, la TCC a été étroitement rattachée aux nosographies psychiatriques : Beck et ses collègues ont élaboré des manuels de traitements spécifiques pour des troubles comme la dépression et l'anxiété^{57,59}, et, au cours des années suivantes, des traitements psychothérapeutiques spécifiques ont été élaborés pour toute une gamme de troubles psychiatriques, comme en témoignent les livres *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*⁶¹, de Keith Hawton, Jean Clark, Paul Salkovskis et Joan Kirk (1989) et *Frontiers of Cognitive Therapy*⁶², de Salkovskis (1996). Toutefois, au cours des dernières années, un mouvement tend à orienter la TCC vers des approches transdiagnostiques, comme l'indique l'ouvrage de Harvey et ses collaborateurs⁶⁰ sous-titré *A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Dans ce sens, des thérapeutes en TCC contemporains^{63,65},

par exemple Jean H. Barlow et ses collègues, ont commencé à développer des protocoles de traitement transdiagnostique dont les résultats sont prometteurs^{66,67}.

Le manuel et les exercices d'AE/AA ont toujours été conçus pour la formation plutôt que pour la thérapie, et ont donc, dès le début, adopté un regard transdiagnostique, en prêtant une attention particulière à l'auto-expérimentation des techniques de TCC. *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale* conserve le regard transdiagnostique des manuels initiaux. Nous notons qu'il y a maintenant une meilleure correspondance entre l'approche transdiagnostique de l'AE/AA et les orientations récentes en TCC.

Une approche fondée sur les forces – Psychologie positive

La TCC a traditionnellement comme objectif de définir et de formuler le problème, en particulier en identifiant les pensées et les comportements inadaptés voire peu constructifs, puis de travailler à modifier les pensées et à développer des comportements plus adaptatifs ou constructifs afin de traiter efficacement le problème. L'efficacité de cette approche a été démontrée à de nombreuses reprises.

Toutefois, au cours des dernières années, l'accent a également été mis sur l'intégration des forces des patients au cours de la TCC, comme en témoigne le travail de Christine Padesky et de ses collègues^{11,46,48}. Comme l'ont écrit Kuyken, Padesky et Dudley, «[e]n prenant en compte les forces, la conceptualisation du patient présente de nombreux avantages. Elle fournit une description et une compréhension de la personne dans son ensemble, et non uniquement des éléments problématiques. L'un des points forts de l'approche consiste à mettre l'accent sur les effets thérapeutiques potentiels, de la réduction de la détresse ou de la reprise d'un fonctionnement normal à l'amélioration de la qualité de vie du patient et au renforcement de sa résilience» (p. 8). L'expansion parallèle des interventions fondées sur les preuves en psychologie positive⁶⁸⁻⁷² et les données empiriques récentes indiquent qu'une approche TCC fondée sur les forces (c'est-à-dire en psychologie positive) peut en fait présenter des avantages en regard d'un modèle axé sur les déficits^{73,74}.

Mettre davantage l'accent sur les forces dans le travail en TCC potentialiserait les bénéfices thérapeutiques. Par conséquent, dans *Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale*, les forces sont explicitement intégrées dans la conceptualisation TCC et sont utilisées pour faciliter et maintenir les *nouvelles manières d'être* (c'est-à-dire le développement de nouvelles habitudes de vie, plus constructives, plus adaptatives, plus libératrices).

Une thérapie sensible à la culture

La TCC a été développée dans un contexte culturel occidental et, jusqu'à récemment, peu d'attention était accordée au bien-fondé de la TCC sur le plan culturel ou à l'influence de la culture sur l'efficacité de la TCC. En outre, bien que les mœurs et traditions culturelles aient clairement une influence significative sur les pensées et les manières d'être des

gens, les conceptualisations TCC n'ont généralement pas intégré les effets de la culture. Récemment, des cliniciens ont cherché à mettre au point des adaptations de la TCC selon la culture⁷⁵⁻⁷⁸ et ont commencé à conduire des recherches en TCC, y compris avec des approches transdiagnostiques⁸² auprès de différents groupes culturels⁷⁹⁻⁸¹.

Pamela Hays a été à l'avant-garde de l'intégration d'une perspective culturelle dans la TCC^{75,83,84} et a fourni une définition large de la culture⁷⁵. Ces influences culturelles, que nous avons réorganisées sous l'acronyme TORSADAS, sont les suivantes :

- Les Traditions (indigène, autochtone...)
- L'Orientation sexuelle
- La Religion et l'orientation spirituelle
- Le Sexe / Genre
- L'Âge et les influences générationnelles
- Les Déficiences développementales ou d'ordre physique, cognitives, sensorielles et psychiques.
- L'Appartenance ethnique et l'identité « raciale », Origine nationale
- La Situation socio-économique

Expérimentez la thérapie cognitivo-comportementale souligne l'importance de la culture dans le façonnement de notre vision du monde et offre une place aux influences culturelles dans les conceptualisations TCC du module 2.

Les bases scientifiques du modèle cognitif des manières d'être (MDE)

Deux modèles cognitifs validés scientifiquement ont eu une grande influence dans le développement de notre approche TCC, et ont été pris en compte dans le modèle MDE. Il s'agit du modèle de Teasdale et Barnard nommé *Interacting Cognitive Subsystems* (ICS)^{39-44,99,10} (que l'on pourrait traduire par « modèle des sous-systèmes cognitifs en interaction ») et le modèle de Brewin, *Retrieval Competition account of CBT* (que l'on pourrait traduire par « Explication de la compétition dans la Récupération en TCC »). Dans ces deux modèles, les théorisations proposent des explications efficaces et convaincantes du changement thérapeutique. Ces deux modules sont par ailleurs largement complémentaires.

L'ICS est un modèle complexe, que nous simplifions ici en ne présentant que les aspects les plus utiles pour le lecteur. Pour une compréhension plus complète, celui-ci pourra consulter Teasdale, Barnard et les autres auteurs qui ont publié des recherches sur l'ICS. En résumé, Teasdale et Barnard avancent deux systèmes de traitement de l'information : un système propositionnel et un système implicationnel. Les caractéristiques de ces deux systèmes qui sont utiles pour le modèle MDE sont présentées dans le tableau de la page 13.

Le modèle ICS suggère que les deux systèmes ont des propriétés bien distinctes. La connaissance propositionnelle est explicite et transmet des informations précises

(p. ex. «J'ai besoin de plus de connaissances et de compétences pour traiter les patients souffrant d'un trouble bipolaire»). La connaissance propositionnelle n'a aucun lien direct avec l'expérience corporelle, les émotions ou les informations sensorielles. Sa valeur de vérité peut être testée et vérifiée (connaissance intellectuelle). En revanche, le système implicationnel est schématique et holistique. Il est souvent vécu comme un «ressenti instinctif, immédiat»; les informations corporelles, sensorielles et les émotions constituent une partie centrale d'un «mode de schéma», créant des significations implicites qui ne sont pas toujours verbalisables (p. ex. les thérapeutes peuvent parfois ressentir du désespoir ou de l'impuissance lorsqu'ils travaillent avec des patients atteints de dépression sévère). Ces sensations ressenties instinctivement, dans le corps, ne sont pas directement testables et sont vécues comme des croyances émotionnelles qui viennent du «cœur» (p. ex. «Je sais intellectuellement que mon action est bénéfique pour mes patients déprimés, mais, émotionnellement, instinctivement, je ne le ressens pas du tout»).

Le modèle de Teasdale et Barnard a des implications directes en matière de thérapie. Il suggère que, pour qu'un changement significatif se produise, la psychoéducation et les interventions sous forme d'échanges-débats rationnels tendront à être inadéquates, à moins qu'elles ne conduisent à un changement de perspective significatif (un «modèle schématique alternatif» dans la terminologie de Teasdale et Barnard; pour plus de détails, le lecteur pourra se référer au tableau de la page 13). On a observé, par exemple, que si le compte rendu (l'enregistrement ou le journal de bord) des pensées ou des expériences comportementales met en lumière une prise de conscience et une compréhension du problème, si l'on veut produire un changement^{85,86}, il faut mettre en œuvre des expériences comportementales qui ont tendance à être plus efficaces (que le compte rendu des pensées seul). Le modèle ICS suggère que les interventions expérientielles telles que les expériences comportementales, les interventions basées sur l'imagerie, la mise en place de nouvelles postures corporelles qui incarnent la force ou la compétence, l'adoption d'une relation «*mindful*» (c'est-à-dire pleinement consciente) aux pensées et aux émotions, ou le développement d'un esprit de bienveillance, auront un impact direct sur le système implicationnel, en raison de leur impact à tous les niveaux du schéma (corps, émotions, connaissance, comportement).

Le modèle ICS suggère par ailleurs que l'adoption d'un état d'esprit différent (p. ex. une *nouvelle manière d'être*) comme cadre de référence pour traiter l'effet des stratégies expérientielles est susceptible de faciliter le changement, alors que le traitement des expériences dans la perspective des *anciennes manières d'être* ne le fera pas. Par exemple, si un patient souffrant d'anxiété sociale réussit un discours et qu'il reste dans la perspective de son *ancienne manière d'être*, il est susceptible de tirer la conclusion qu'il «s'en est juste tiré», ce qui ne sera pas de nature à faciliter le processus de changement. À l'inverse, s'il l'aborde selon la perspective d'une *nouvelle manière d'être*, il est susceptible de se dire: «*J'ai des compétences pour parler en public (même si je n'y crois pas beaucoup pour l'instant)*»; il considérerait alors l'expérience de ce discours comme une preuve de sa nouvelle façon de s'auto-considérer.

RÉSUMÉ DES ÉLÉMENTS CLÉS DU MODÈLE ICS DE TEASDALE ET BARNARD

Systémique propositionnel	Système implicationnel
Phénoménologie du modèle ICS	
La signification propositionnelle peut être représentée sur le plan linguistique et transmet des informations précises sous forme de connaissances explicites (p. ex. « j'ai fait une mauvaise évaluation avec ce patient »). Il n'y a pas d'informations directement apportées par le corps, les émotions ou l'expérience sensorielle dans le système propositionnel. Les significations implicationnelles sont schématiques, holistiques, quelles que soient les situations. Elles sont vécues comme des ressentis implicites, instinctifs et sont souvent difficiles à traduire en mots (p. ex., « mon sentiment d'inutilité de thérapeute » ou, à un niveau moins général, « mon cœur se serre quand des patients vraiment déprimés entrent dans le bureau »).	La connaissance propositionnelle a une valeur de vérité, qui peut être évaluée et vérifiée rationnellement par des preuves (p. ex. « Qu'est-ce que j'ai bien fait? Qu'est-ce que j'ai mal fait? »). Le corps, les émotions et les informations sensorielles (p. ex. l'odorat, le ton de la voix) ont des significations implicationnelles. Tous sont intrinsèquement reliés au « mode de schémas ». N'importe lequel d'entre eux peut déclencher l'activation du schéma (p. ex., la fatigue ou une voix critique). Les schémas implicationnels impliquent un ressenti holistique de bien-fondé. Ils ne peuvent pas être évalués comme vrais ou faux (p. ex. « c'est comme ça que je suis »). Ils sont vécus comme des croyances émotionnelles au niveau du cœur comme une conviction profonde.
Implications pour le traitement à l'intérieur du modèle ICS	
Les interventions sous forme de débat rationnel (p. ex. le compte rendu des pensées) et la psychoéducation sont susceptibles d'avoir un impact uniquement sur le système propositionnel, et sont donc moins susceptibles que les stratégies expérientielles de créer de <i>nouvelles manières d'être</i>, quelles que soient les situations. Cependant, il existe des exceptions dans les cas où (1) de nouvelles informations conduisent à de nouvelles significations méta-ordonnées (p. ex. un thérapeute novice peu sûr de lui qui apprend par son superviseur que certains patients ne s'améliorent pas avec une thérapie à court terme, ce qui l'amène à réévaluer son niveau de compétence); (2) des interventions rationnelles conduisent à la création de nouveaux modèles schématiques (p. ex. « j'ai découvert que mes pensées ne sont pas des faits; ce sont des idées et des opinions qui peuvent être considérées et examinées »).	Les interventions expérientielles (p. ex. expériences comportementales, imagerie, modification des postures corporelles, méditation pleine conscience, rééducation attentionnelle et approches axées sur la bienveillance) sont plus susceptibles que les interventions rationnelles d'avoir un impact à un niveau implicationnel, et donc de créer de <i>nouvelles manières d'être</i>. Cela est dû à leur impact direct au niveau du schéma (émotion, corps, cognition, comportement). Le potentiel de changement est particulièrement accru si les situations difficiles sont abordées avec un nouvel « état d'esprit plus adaptatif » (ou, selon Teasdale, un modèle schématique nouveau ou modifié) – par exemple, « Je suis un thérapeute en formation. J'apprends en cours de route ».

Le modèle *Explication de la compétition dans la Récupération en TCC*, de Brewin⁴⁵, s'efforce de clarifier la relation entre les «représentations mnésiques» antérieures et actuelles, ou, pour reprendre les termes de Teasdale et Barnard, la relation entre «modèles schématiques alternatifs». Brewin avance que les patients souffrant de troubles émotionnels ont des «représentations mnésiques» négatives (des schémas négatifs) extrêmement accessibles dans lesquels on retrouve des souvenirs intrusifs, des interprétations auto-dépréciatives et où dominent des ruminations (p. ex. des souvenirs que «je suis inutile»). On suppose qu'il y a une concurrence ou une compétition entre la récupération des représentations mnésiques positives et celle des représentations mnésiques négatives. En définitive, dans les troubles émotionnels, les représentations mnésiques (schémas) négatives ne sont jamais «éteintes», elles sont simplement rendues moins accessibles et ainsi moins récupérables.

L'objectif de la TCC est donc de faciliter la récupération des souvenirs alternatifs adaptatifs (par exemple, les «moments où j'ai montré ma valeur») par l'augmentation et le renforcement de l'accessibilité de ces souvenirs. Ainsi, les souvenirs adaptatifs alternatifs seront activés dans une large gamme de situations et gagneront la compétition dans cette récupération. Comme pour le modèle ICS, l'adoption d'une *nouvelle manière d'être* (MDE) est susceptible d'améliorer l'accessibilité des représentations mnésiques positives et de les rendre plus accessibles dans les situations futures.

Dans le modèle MDE décrit ci-dessous, nous avons cherché à saisir les éléments clés des modèles ICS et *Explication de la compétition dans la Récupération en TCC*. Plus spécifiquement, nous soulignons l'importance des points suivants :

1. Développement d'un état d'esprit ou d'un «modèle schématique alternatif» (c.-à-d. de *nouvelles manières d'être*) ;
2. Interprétation des nouvelles expériences selon la perspective des *nouvelles manières d'être* ;
3. Conceptualisation et mise en opposition des *anciennes manières d'être* peu constructives avec les *nouvelles manières d'être* qui sont en compétition en matière de récupération (voir modèle de Brewin) ;
4. Utilisation des expériences comportementales, de l'imagerie et d'autres techniques expérientielles pour renforcer les *nouvelles manières d'être* ;
5. Intégration des *nouvelles manières d'être* en utilisant des interventions axées sur le corps (p. ex. adopter une posture corporelle de force et de confiance).

Influences cliniques du modèle des manières d'êtres

Les innovations cliniques de deux équipes de cliniciens en TCC, Christine Padesky et Kathleen Mooney d'une part et Kees Korreboom et ses collègues d'autre part, ont eu une influence significative sur le modèle MDE. L'approche en ancien système / nouveau système de Padesky et Mooney a été principalement développée auprès de patients

avec des difficultés chroniques qui ne répondaient pas aux interventions de TCC classiques, en particulier les patients avec des troubles de la personnalité et des croyances fondamentales négatives inflexibles^{47,87}. Le but de cette approche est de transformer les anciens systèmes de relation au monde en nouveaux systèmes plus adaptatifs.

Thérapeutes et patients coconstruisent une conception de ce que la personne aimerait être et de ce qu'elle voudrait que les autres soient. Cette conception s'établit dans les mots, l'imagerie, la conscience corporelle kinesthésique, les métaphores et les souvenirs associés. Ensuite, les nouvelles croyances fondamentales, les postulats sous-jacents et les stratégies comportementales en faveur de ces *nouvelles manières d'être* sont identifiés.

Korrelboom, qui travaille en milieu clinique hospitalier, a mis au point la formation *COMET* (pour *Competitive Memory Training*, que l'on pourrait traduire par «Entraînement à la compétition mnésique»), qui s'appuie sur le modèle *Explication de la compétition dans la Récupération en TCC* de Brewin. *COMET* est développé pour les patients ayant une faible estime de soi, dans le cadre d'un trouble de la personnalité, d'une dépression ou d'un trouble des conduites alimentaires^{49-53,88}. L'objectif de *COMET* est d'établir et de renforcer une image positive de soi chez ces patients. L'approche ancien système / nouveau système de Padesky et Mooney et l'apprentissage de l'image de soi avec *COMET* par Korrelboom débutent par la conceptualisation de l'état négatif actuel (ancien système), avant de construire une alternative positive (nouveau système / image de soi positive crédible). Les deux stratégies utilisent l'imagerie pour établir l'alternative positive. Ils mettent ensuite l'accent sur des techniques légèrement différentes pour renforcer la confiance dans le nouveau système et l'image positive de soi. Padesky et Mooney accordent une importance particulière aux jeux de rôle et aux expériences comportementales⁸⁷; Korrelboom privilégie la répétition des images positives et des outils corporels et sensoriels (p. ex. la musique) pour renforcer la nouvelle perspective.

On observe une correspondance claire entre les théories de Teasdale et Barnard et de Brewin, et les stratégies novatrices de Padesky et Mooney et de Korrelboom. Elles soulignent toute l'importance de créer des «modèles schématiques alternatifs»^{40,44} et de traiter les nouvelles expériences à l'aune de ces nouveaux schémas. Il s'agit ainsi d'accroître la pertinence et l'accessibilité des nouveaux schémas dans les utilisations futures. Par ailleurs, Teasdale et Barnard, Padesky et Mooney, et Korrelboom accordent une grande importance à «*la préparation d'expériences qui permettent la création de nouveaux modèles ou la modification des anciens*» (p. 90)³⁹. Notamment les expériences comportementales, la répétition d'images (imagerie) ou des procédures multisensorielles, comme les stratégies de Korrelboom axées sur les sensations et le corps. La littérature empirique récente fait état d'une prise de conscience croissante de l'impact potentiel que peuvent produire sur les cognitions, les émotions et les relations les interventions axées sur le corps¹⁰¹⁻¹⁰⁴.

Un *workbook*, un outil de formation professionnelle totalement novateur

Parce qu'on ne maîtrise jamais mieux une thérapie qu'en l'expérimentant soi-même, la collection « Tester, pratiquer » aide chaque thérapeute à faire l'expérience de la thérapie de l'intérieur.

Premier véritable *workbook* à destination des professionnels, ce livre unique aide les thérapeutes à développer leurs compétences en TCC en testant et en pratiquant sur eux-mêmes les différentes techniques et stratégies puis en évaluant et en analysant l'expérience qu'ils ont vécue. L'autoexpérimentation et l'autoanalyse permettront à chaque thérapeute :

- d'identifier ses situations-problèmes,
- de modifier ou de restructurer certaines croyances ou schémas dysfonctionnels,
- surtout de mettre en place et de solidifier de nouvelles façons de penser et d'être, contribuant à sa propre satisfaction professionnelle en évaluant et en analysant son bien-être.

Ce véritable manuel permet d'acquérir un savoir-faire technique dans les interventions en TCC contemporaines tout en approfondissant conscience de soi et compétences relationnelles thérapeutiques. Il comporte :

- 12 modules soigneusement ordonnés guideront chaque thérapeute et l'aideront à améliorer ses compétences.
- 35 feuilles de travail et formulaires reproductibles sont également disponibles en complément numérique.

AUTEURS

James Bennett-Levy est professeur agrégé en santé mentale au University Center for Rural Health, University of Sydney, Australie.

Richard Thwaites est psychologue clinicien consultant et thérapeute en TCC. Il est directeur clinique pour un important service de thérapie du National Health Service au Royaume-Uni.

Beverly Haarhoff est psychologue clinicienne et maître de conférences à l'École de psychologie de l'Université Massey, à Auckland, en Nouvelle-Zélande.

Helen Perry, MA, est chargée de cours principale auxiliaire à l'Université de Sydney et psychologue clinicienne en pratique privée.

RÉVISEUR SCIENTIFIQUE

Abdel Boudoukha est professeur de psychologie à l'Université de Nantes. Psychologue clinicien formé aux TCC, il est très impliqué dans la formation initiale et continue des médecins et des psychologues. Il exerce en cabinet libéral à Nantes.

ISBN 978-2-8073-2869-3

