

L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent

Vignette clinique

Psychoéducation

• Laura

Table des matières

1. Introduction.....	2
2. Le champ d'exercice des psychoéducateurs et psychoéducatrices	3
3. Intervention clinique en psychoéducation.....	3
4. L'analyse à faire pour déterminer s'il s'agit de psychothérapie implique d'identifier la présence simultanée des trois (3) éléments constitutifs de la psychothérapie.	11
5. Si cette cliente était en psychothérapie.....	12
6. L'analyse à faire pour déterminer s'il s'agit de psychothérapie implique d'identifier la présence simultanée des trois (3) éléments constitutifs de la psychothérapie.	23

1. Introduction

Ce document est l'une des 9 vignettes cliniques présentant des exemples d'interventions que font différents professionnels et illustrant la différence entre celles-ci et la psychothérapie. Cette série de vignettes clinique est complémentaire au document *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*, produit par un comité de travail composé de représentants de 9 ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines soit :

- Collège des médecins du Québec (CMQ);
- Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ);
- Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ);
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ);
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ);
- Ordre des psychologues du Québec (OPQ);
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)
- Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ).

Chaque vignette comporte, pour un même client vivant une problématique donnée, deux volets soit :

1. Un exemple de pratique du professionnel dans son champ d'exercice et selon un modèle théorique;
2. Un exemple de pratique psychothérapeutique, selon le même modèle théorique.

De plus, chaque vignette permet d'illustrer la frontière entre la psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent.

NOTE : Bien que ces vignettes s'appuient sur les meilleures pratiques, elles ne peuvent être considérées comme illustrant l'ensemble de la pratique des professionnels donnés en exemple, ni l'ensemble de la pratique des professionnels détenant un permis de psychothérapeute. N'y apparaissent que les principaux éléments nécessaires à l'illustration de la différence entre l'intervention psychothérapeutique et les interventions qui s'y apparentent.

Le choix du modèle théorique cognitivo-comportemental auquel on réfère dans ces vignettes résulte du constat que c'est dans le cadre de l'utilisation des approches propres à ce modèle que la distinction entre ce qui constitue ou non de la psychothérapie est la plus difficile à faire dans les milieux de pratique des psychoéducateurs.

2. Le champ d'exercice des psychoéducateurs et psychoéducatrices

Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

3. Intervention clinique en psychoéducation

Le motif de consultation : Arrêt de travail lié à un trouble de stress post-traumatique

Laura, 44 ans, est employée à temps plein dans une bijouterie. À la suite d'un vol à main armée dont elle a été victime, elle est en arrêt de travail depuis six mois. Elle présente un trouble de stress post-traumatique avec symptômes anxieux, confirmé par un professionnel habilité, et désire avoir des services en psychoéducation afin de parvenir à gérer les impacts du traumatisme sur son fonctionnement quotidien.

Laura vit avec son mari et leurs trois enfants. Depuis l'événement traumatique survenu il y a environ six mois, Laura évite le plus possible de sortir de chez elle. Si elle doit sortir, elle le fait toujours en compagnie de son mari et évite les endroits achalandés et ceux où il y a présence d'argent et de transactions d'argent (p. ex. : banques, guichets automatiques, commerces, épiceries, restaurants, cafés, etc.).

Laura désire retrouver son autonomie, de même qu'être en mesure de reprendre son travail.

Éléments d'anamnèse

L'histoire de vie de Laura témoigne d'un parcours sans difficulté ni incident particuliers. Issue d'une famille nucléaire de classe économique moyenne, elle rapporte avoir eu une enfance et une adolescence normale. Laura rapporte n'avoir jamais demandé d'aide à un intervenant auparavant.

L'évaluation psychoéducative

Après avoir pris connaissance du motif de consultation de Laura et avoir obtenu son consentement libre et éclairé, la psychoéducatrice, formée à l'intervention d'approche cognitivo-comportementale en post-trauma, procède à l'évaluation psychoéducative (fonctionnelle¹ et normative²) en tenant compte de la spécificité de la problématique de santé mentale du trouble de stress post-traumatique. Au cours des premières rencontres, la psychoéducatrice établit donc un portrait de la situation d'inadaptation psychosociale actuelle de Laura, précisant la nature de l'événement traumatique et les symptômes physiques, psychologiques et émotionnels, de même que leur impact sur l'actualisation du potentiel d'adaptation de Laura, qu'elle complète à l'aide du *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Scale-Version DSM-5* (PCL-5). À l'aide d'une grille d'auto observation quotidienne, les symptômes sont décrits en détail afin de bien saisir leur impact sur la vie quotidienne de Laura. En accord avec Laura, la psychoéducatrice recueille également de l'information auprès de son conjoint par la passation du PCL-5 afin de documenter la fréquence et la sévérité des symptômes de stress post-traumatique présentés par Laura tels que perçus par lui. Bien que l'outil serve à l'évaluation, son utilisation lui permet également de commencer l'éducation psychologique auprès du conjoint de même qu'auprès de Laura en normalisant certaines réactions perçues comme bizarres ou incompréhensibles. Comme Laura rapporte se sentir désemparée par sa réaction lors de l'événement, qu'elle associe à de la folie, la psychoéducatrice utilise le questionnaire des expériences de dissociation péritraumatiques (QEDP) afin de documenter la présence ou l'absence de telles expériences. Laura explique avoir eu l'impression de ne pas être elle-même pendant que le voleur lui intimait ses ordres sous la menace de son arme, car elle n'a rien fait pour se protéger ni pour l'empêcher de commettre le vol. Les réponses de Laura ne font pas ressortir d'indices de réaction dissociative. Par ailleurs, l'utilisation du questionnaire est une occasion d'expliquer à Laura la fonction de protection de ce mécanisme pouvant être présent lors de l'exposition à certains événements traumatiques et de normaliser son comportement (figer) dans le contexte de la menace armée dans lequel elle s'est retrouvée.

Le sentiment de sécurité de Laura ainsi que les comportements d'évitement sont évalués afin de documenter l'impact du trouble sur ses comportements.

¹ L'évaluation fonctionnelle a pour but de saisir la signification et la fonction des comportements problématiques dans l'adaptation de la personne. OPPQ, 2010, révisé en 2014. L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation, Lignes directrices. p. 8.

² L'évaluation normative consiste à administrer des épreuves standardisées afin de comparer la personne à un groupe du même âge, du même sexe et de la même communauté culturelle. Elle sert surtout à cerner la nature et l'importance de la problématique que vit la personne ainsi que son caractère chronique ou transitoire. Ibid. p. 9.

Les facteurs prétraumatiques (p. ex. : stress et traumatismes antérieurs, caractéristiques personnelles avant et après l'événement, façon de réagir au stress avant l'événement), les facteurs déclencheurs (p. ex. : caractéristiques de l'événement, présence ou non de réactions dissociatives) et les facteurs de maintien (p. ex. : soutien social, poursuites judiciaires, séquelles physiques, cognitions et interprétations des interactions sociales) sont identifiés afin de mieux comprendre ce qui, dans sa situation actuelle, dans son comportement ou son environnement incluant son entourage, déclenche et maintient les symptômes post-traumatiques.

La psychoéducatrice détermine également le potentiel d'adaptation de Laura, en évaluant ses capacités d'adaptation. En plus de servir à préciser les impacts de la problématique de santé mentale sur le fonctionnement de Laura, les premières rencontres permettent à la psychoéducatrice de questionner Laura et son conjoint afin de connaître le niveau des moyens dont celle-ci dispose habituellement pour répondre à ses besoins, de même que les facteurs de risque et les facteurs de protection, d'observer de quelle manière ces moyens s'actualisent dans la relation avec son conjoint et dans sa relation avec la professionnelle en contexte d'entrevue et d'identifier des éléments de l'environnement de Laura qui lui permettent d'utiliser ses moyens ou qui, au contraire, inhibent leur actualisation.

À la lumière de l'évaluation psychoéducative, il est possible de constater la présence et l'intensité de plusieurs symptômes relatifs à un stress post-traumatique. L'évaluation permet également de faire un bilan des capacités et des difficultés adaptatives et de préciser l'impact du trauma vécu par Laura sur son potentiel adaptatif (PAD). Enfin, l'évaluation permet de constater le potentiel expérientiel (PEX) que l'environnement de Laura peut lui offrir pour la soutenir dans l'actualisation et le développement de ses capacités d'adaptation dans ce contexte de post-trauma de façon à favoriser son adaptation optimale dans ses interactions avec son environnement.

Il ressort de l'évaluation que Laura possède de bonnes capacités à s'adapter aux défis de la vie quotidienne, aux changements imprévus, de même qu'aux situations pouvant générer du stress. Elle connaît ses limites et est en mesure de demander du soutien lorsque nécessaire. Avant l'événement, Laura ne présentait pas de crainte particulière concernant des agressions ou des situations potentiellement dangereuses. Selon ce qu'elle et son conjoint rapportent, elle maintient de bonnes relations avec ses collègues et son patron, sur lesquels elle semble pouvoir compter lorsqu'elle en a besoin. Par ailleurs, le conjoint de Laura, bien qu'affecté par la détresse de sa conjointe, est très présent et empathique. De la même manière que Laura, il est à la recherche de solutions et se montre prêt à s'investir pour soutenir Laura dans son processus de réadaptation.

Les principales difficultés actuelles de Laura se traduisent par des comportements d'évitement (efforts pour éviter tout ce qui lui fait penser à l'événement, surtout les lieux où il y a échange d'argent et ceux où il y a beaucoup de gens : elle évite donc les lieux publics, les transports en commun, etc.) ainsi que par de l'hyperactivation neurovégétative (toujours aux aguets, surtout lorsqu'elle est à l'extérieur de son domicile, difficultés à s'endormir et à se rendormir après les cauchemars), lesquels sont nourris et accompagnés de la présence de reviviscences (*flash-backs*, souvenirs répétitifs et cauchemars). Ces comportements, qui au départ pouvaient avoir pour fonction de protéger Laura, sont actuellement inadaptés, son environnement étant maintenant exempt du danger qu'elle craint devoir affronter de nouveau. L'évaluation permet aussi de constater que Laura voit désormais du danger partout et que ses pensées sont très souvent catastrophiques (p. ex. : si elle doit sortir, elle sent que quelque chose de négatif va lui arriver, comme une agression), ce qui renforce ses comportements d'évitement et d'hypervigilance.

Par ailleurs, sur le plan des capacités adaptatives, Laura est très proactive (elle s'est renseignée à propos du stress post-traumatique, elle demeure active, occupe son temps à la maison par des tâches ménagères et des activités de loisirs) et elle se montre intéressée par le suivi en psychoéducation offert (elle pose des questions et prend des notes). Parmi les facteurs de protection présents, il ressort que Laura bénéficie d'un bon réseau social. Par contre, elle se trouve plutôt isolée actuellement, restant la majorité du temps chez elle. De plus, elle dépend beaucoup de son mari pour plusieurs tâches à l'extérieur de la maison dont celles qui demandent des transactions financières (p. ex. : c'est lui qui fait l'épicerie, qui va à la banque, qui la conduit lors de ses rendez-vous, etc.).

Le plan d'intervention

La psychoéducatrice souligne à Laura les forces qu'elle a dû déployer pour entreprendre la démarche et lui fait part des résultats de son évaluation. À la lumière de ces derniers, la psychoéducatrice propose à Laura de l'accompagner, dans son milieu de vie, dans une démarche de désensibilisation qu'elle prend le temps de lui expliquer, en vue de diminuer son niveau de stress et de retrouver son autonomie jusqu'à un éventuel retour au travail.

L'intervention préparatoire

La psychoéducatrice débute par les interventions préparatoires en vue de la phase d'exposition graduée prévue dans la démarche.

- A. Dans un premier temps, afin que Laura soit en mesure de comprendre les principes inhérents au stress post-traumatique, la psychoéducatrice procède à l'enseignement (éducation psychologique) de divers concepts tels que les caractéristiques du stress, les réactions physiologiques, comportementales et émotionnelles et les symptômes associés au trouble, les facteurs déclencheurs et les facteurs de maintien. De plus, afin de permettre à Laura de mieux comprendre ce qu'elle vit depuis l'événement traumatique et de constater que ses réactions sont normales dans les circonstances, elle lui fournit les explications quant aux symptômes qu'elle présente liés à sa situation (éducation psychologique personnalisée). Afin de bien comprendre les liens qui ont été créés à la suite de l'événement dont elle a été victime, les mécanismes de conditionnement impliqués lui sont aussi expliqués (p. ex. : courbe de l'évitement, mécanisme de conditionnement classique, structure de la peur). La psychoéducatrice illustre à Laura l'importance de favoriser le processus émotionnel, soit bien reconnaître et exprimer ses émotions sources de détresse et distinguer leur intensité et les sensations physiques qui y sont reliées. La psychoéducatrice souligne à Laura qu'elle remarque que d'exprimer ses émotions en rencontre avec elle a un effet bénéfique et l'encourage à continuer à le faire, ce comportement pouvant avoir pour elle un effet réparateur.

- B. Par ailleurs, la psychoéducatrice enseigne différentes stratégies de gestion du stress telles que la respiration diaphragmatique, que Laura sera invitée à pratiquer quotidiennement selon une hiérarchie établie (d'une situation calme jusqu'à une situation stressante), la relaxation musculaire, les contractions et les décontractions musculaires (incluant l'identification de moyens pour faciliter cette stratégie). De plus, la psychoéducatrice accompagne Laura dans l'identification de ses propres façons de s'apaiser (p. ex. : jardinage, écoute de musique classique) et l'encourage à pratiquer les stratégies enseignées afin qu'elle adopte celles qu'elle juge les plus efficaces pour elle. Elle s'assure que, lors de leur utilisation, Laura vise d'abord à accepter ses pensées intrusives afin de favoriser la digestion émotionnelle du trauma et qu'ainsi elle ne contribue pas plutôt à une stratégie d'évitement de ces pensées. L'objectif vise à ce que Laura soit capable d'utiliser avec succès au moins deux stratégies d'apaisement de son choix.

- C. Par la suite, la psychoéducatrice amène Laura à comprendre la relation pensée-émotion-comportement et à comprendre comment l'événement a eu un impact sur cette relation. Ainsi, la psychoéducatrice aide Laura à prendre conscience de ses pensées automatiques et de leur impact sur ses émotions, sur son niveau de réactions physiologiques et sur ses comportements, en lien avec les éléments déclencheurs de ces pensées (p. ex. : Déclencheur = *je dois sortir de la maison* ; pensée = *je vais me faire attaquer* ; émotions-réactions-comportements = *j'ai peur, j'ai des palpitations et je transpire, je décide de rester à la maison*). La psychoéducatrice illustre aussi le phénomène de distorsion cognitive à l'aide de divers outils (p. ex. : *Le filtre de la réalité*) afin d'aider Laura à mieux comprendre l'existence d'un écart entre ses perceptions et la réalité, et saisir l'impact du phénomène de distorsion sur ses pensées automatiques, sur ses émotions et sur ses comportements.
- D. Afin de l'aider à retrouver un sentiment de contrôle sur elle-même et de développer sa capacité à gérer le stress suscité par les différents éléments et situations auxquels elle peut être confrontée, la psychoéducatrice amène également Laura à observer ses pensées automatiques et à développer des pensées alternatives réalistes à l'aide d'outils concrets et visuels. Ainsi, face aux situations qui créent beaucoup d'hypervigilance de la part de Laura, à partir de l'identification des éléments qui déclenchent son stress (p. ex. : homme présentant les mêmes caractéristiques physiques que celles de son agresseur, bruit de monnaie et de frottements de billets, sac réutilisable comme celui que l'agresseur a utilisé pour transporter l'argent), la psychoéducatrice lui enseigne l'utilisation du tableau d'enregistrement des pensées (TEP), issu de la restructuration cognitive³, et la soutient pour remettre en question ses pensées anxigènes et les remplacer par d'autres, plus adaptées. Elle lui enseigne comment les considérer comme des hypothèses à vérifier et à les questionner (p. ex. : Questionnement = *qu'est-ce qui me prouve que je vais me faire attaquer en sortant de chez moi* ; réponse = *rien, je peux très bien sortir prendre une marche et rien ne m'arrivera. Ce n'est pas parce que ça m'est arrivé une fois dans le cadre de mon travail que ça va m'arriver encore*).

³ La restructuration cognitive, lorsqu'elle se limite à guider et accompagner la personne afin de *reconnaître ses émotions et ses sensations associées aux comportements problématiques* ; *reconnaître les pensées automatiques* ; *reconnaître les situations les ayant déclenchées* ; *remettre en question les pensées erronées* ; *et remplacer les pensées erronées par d'autres, plus adaptées ou prosociales*, ne constitue pas l'exercice de la psychothérapie, puisqu'elle ne vise pas à remettre en question ni modifier les croyances fondamentales de la personne. Pour plus de détails, les lecteurs peuvent se référer aux pages 30 et 31 du document *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*.

De plus, la psychoéducatrice aide Laura à prendre conscience de ses pensées et de leur impact sur son niveau de stress en l'amenant à évaluer le niveau de danger qu'elle perçoit en comparaison du niveau de danger réel, à l'aide d'une grille à compléter. Par exemple, la situation « aller à la bibliothèque » peut entraîner un niveau de stress de 7/10 chez Laura alors que si l'on considère de façon réaliste la situation, le niveau de danger réel pourrait plutôt se situer entre 0 et 1. La psychoéducatrice explique ainsi l'importance de recadrer et de questionner ses pensées (p. ex. : se parler) et de toujours les centrer sur l'« ici et maintenant », l'environnement et la réalité. Elle explique à Laura que, de cette façon, elle percevra cette réalité comme étant de moins en moins dangereuse et son « système d'alarme » interne se calmera.

Enfin, la psychoéducatrice explique à Laura qu'il s'agit d'un processus à long terme et que plus elle confrontera ses pensées de façon réaliste, moins ses pensées seront catastrophiques et plus son stress diminuera.

- E. Par la suite, la psychoéducatrice amène Laura à établir la liste des situations évitées qu'elle associe aux scénarios catastrophiques. Elle soutient Laura dans la nomenclature des situations évitées pour arriver à hiérarchiser les expositions à faire, de la situation la plus facile à la situation la plus difficile, afin d'affronter les situations évitées progressivement et avec succès. La psychoéducatrice explique également la courbe de l'évitement (à court terme, l'évitement est perçu comme étant très efficace, car il permet un soulagement immédiat et instantané, mais à long terme, il contribue à maintenir les symptômes, renforce les pensées catastrophiques et peut généraliser l'évitement à d'autres situations) et la courbe de l'habituation (le stress est inconfortable, mais il n'est pas dangereux, la montée des réactions physiologiques et de l'émotion associée sera vécue et l'exposition permettra de tolérer la situation et l'inconfort. Le stress ne montera pas jusqu'à un niveau intolérable, mais se stabilisera à un plateau. De fois en fois, le stress montera de moins en moins haut. À court terme, l'habituation n'apporte pas de soulagement, mais c'est à long terme qu'elle est puissante parce qu'elle ne renforce pas la peur).

L'intervention d'exposition graduée *IN VIVO*

Afin de permettre une reprise de son autonomie et un retour au travail, la psychoéducatrice accompagne et soutient Laura dans le processus d'exposition graduée *in vivo*.

Dans un premier temps, à partir de la hiérarchisation des situations évitées, la psychoéducatrice et Laura déterminent les trois premières situations auxquelles Laura sera exposée (1- prendre une marche, 2- aller à la bibliothèque, 3- aller prendre un café). La psychoéducatrice explique également à Laura que plus les exercices d'exposition seront pratiqués, plus ils deviendront faciles, et qu'il est important de s'exposer le plus souvent possible et de viser au moins trois séances d'exposition par semaine. Concrètement, la psychoéducatrice accompagne Laura « sur le terrain » lors des expositions identifiées au préalable, tout en respectant les paramètres d'efficacité : faire des expositions de façon très progressive et les réaliser dans des situations qui amènent un minimum de stress, prévoir des séances d'exposition suffisamment longues jusqu'à ce que le processus d'habituation apparaisse (45 à 60 minutes), s'assurer que ces séances soient rapprochées dans le temps et régulières, pratiquer et répéter plusieurs fois la même exposition (jusqu'à ce qu'elle devienne facile) avant d'en commencer une autre et prévoir un retour au calme à la fin d'une activité d'exposition. Afin de favoriser la compréhension de la situation par l'entourage de Laura, en l'occurrence son mari, et d'impliquer ce dernier dans l'actualisation du plan d'intervention et l'atteinte des objectifs, la psychoéducatrice peut également intervenir auprès de lui avec l'accord de Laura. Ainsi, elle implique le mari de Laura, qui participera à quelques rencontres avec elles afin de bien comprendre les réactions de sa femme et d'apprendre à l'aider adéquatement, pour ainsi devenir un acteur important dans la démarche de désensibilisation de Laura tout en visant son autonomie progressive. À cet effet, la psychoéducatrice demande à Laura de répéter avec son mari les expositions réalisées dans le cadre du suivi en psychoéducation entre leurs rencontres. De cette façon, les expositions se multiplient, ce qui favorise une évolution constante et durable.

Progressivement, l'exposition sera réalisée dans toutes les situations évitées par Laura jusqu'à la plus difficile, et ce, jusqu'à la reprise de l'autonomie désirée par Laura et son retour au travail souhaité.

Informations supplémentaires

Il est à noter qu'au cours de son intervention, la psychoéducatrice procède à l'évaluation continue de l'atteinte des objectifs et des moyens utilisés et à l'ajustement des interventions au besoin. Au terme du suivi en psychoéducation, lorsque les objectifs sont atteints, elle fait un bilan avec Laura, incluant un rappel des notions et des stratégies apprises de même que des exercices réalisés afin que cette dernière poursuive son évolution.

4. L'analyse à faire pour déterminer s'il s'agit de psychothérapie implique d'identifier la présence simultanée des trois (3) éléments constitutifs de la psychothérapie.

1. *Le traitement psychologique.* Cet élément n'est pas présent. Considérant que le traitement psychologique renvoie au travail qui vise à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne, on constate que la psychoéducatrice n'amène pas Laura ni son entourage à effectuer un tel travail. Son objectif est de lui permettre de diminuer son niveau de stress et de retrouver son autonomie jusqu'à un éventuel retour au travail en visant le développement de nouvelles stratégies d'adaptation et de conditions optimales dans le milieu, ce qui s'inscrit directement dans son champ d'exercice. Pour ce faire, elle procède à de l'éducation psychologique, de l'accompagnement, du soutien, du conseil, des interventions de réadaptation, et elle fait du coaching auprès du conjoint de Laura. L'utilisation de techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale, telles que l'éducation psychologique, la restructuration cognitive (excluant le travail au niveau des croyances fondamentales) et l'exposition graduée, qui peuvent être associées à l'exercice de la psychothérapie, reste dans la visée de la modification de la séquence comportementale dysfonctionnelle à la source des difficultés de Laura et ne vise pas la prise de conscience des croyances fondamentales sous-jacentes ni leur modification.

2. *Pour un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.* Cet élément est présent.

3. *Dans le but de favoriser des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système personnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé.* Cet élément est présent. Par ailleurs, en ce qui a trait à la finalité (les objectifs) de l'intervention, on comprend ici que la psychoéducatrice se situe dans son champ d'exercice, soit : [...] rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

En conclusion, la présence simultanée des trois (3) éléments n'est pas démontrée. La psychoéducatrice intervient plutôt dans le cadre des interventions qui ne sont pas de la psychothérapie et que répertorie le règlement sur le permis de psychothérapeute, dont

font partie la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'éducation psychologique, la réadaptation et le suivi clinique.

5. Si cette cliente était en psychothérapie

L'évaluation en psychothérapie

Dans un contexte de psychothérapie, en plus de l'évaluation telle qu'effectuée dans un contexte de réadaptation, la psychothérapeute⁴ d'orientation cognitivo-comportementale approfondit l'histoire personnelle de Laura afin d'avoir une meilleure compréhension longitudinale et transversale des difficultés rapportées par Laura. Ainsi, l'évaluation initiale et rigoureuse requise dans ce contexte permettra à la psychothérapeute de préciser les facteurs déclencheurs, l'ampleur du stress post-traumatique et de ses impacts sur le fonctionnement psychologique et mental de Laura, de même que les facteurs de risque, de protection et de maintien pré, péri et post-événement pouvant avoir ou avoir eu un impact sur son état. L'utilisation d'une entrevue semi-structurée à l'aide du *Clinician Administered PTSD Scale-5 (CAPS-5)* permet à la psychothérapeute de prendre la mesure de l'intensité et des changements dans les comportements et cognitions de Laura comparativement à ce qu'ils étaient avant l'événement. La psychothérapeute constate l'absence d'indices d'autre trouble mental en utilisant en combinaison le *Structured Interview for DSM-5 (SCID-5)*. S'il y avait présence de tels indices, elle procéderait à une référence pour l'évaluation du trouble mental auprès d'un professionnel habilité.

L'évaluation initiale permet de constater que les symptômes de Laura sont importants, envahissants, que ses comportements ne correspondent plus au tempérament qu'elle présente habituellement — fonceuse, indépendante et sociable —, et qu'ils ont grandement diminué son niveau de fonctionnement global. Les symptômes présents depuis l'événement se situent dans les quatre catégories relatives au trouble de stress post-traumatique, soit les reviviscences (p. ex. : Laura revit une grande détresse lorsque des éléments de son quotidien lui rappellent l'événement traumatique, elle a des *flash-backs* et des pensées récurrentes à propos de l'événement), l'évitement (p. ex. : Laura ne fait plus aucune activité qui pourrait concerner des transactions d'argent), des changements dans les pensées et l'humeur (p. ex. : Laura est incapable de se rappeler certains éléments liés à l'événement traumatique) et de l'hyperéveil (p. ex. : Laura est

⁴ En vertu du règlement sur le permis de psychothérapeute, le psychoéducateur détenant un permis de psychothérapeute doit faire précéder ce titre par son titre professionnel comme suit : psychoéducateur-psychothérapeute. Toutefois, afin d'alléger le texte, le titre de psychothérapeute sera utilisé seul tout au long de cette partie de la vignette.

toujours en alerte lorsqu'elle sort de la maison, surveillant une possible agression). Les symptômes qu'elle présente ont une ampleur telle que Laura est en arrêt de travail et qu'elle ne sort presque plus, évitant plusieurs lieux publics qu'elle fréquentait auparavant.

À travers le processus de psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur le trauma, la psychothérapeute procède également à une évaluation continue tout au long de la thérapie afin de mesurer les impacts de son intervention et de procéder aux ajustements, lorsque nécessaires. Notons que la psychothérapeute peut également avoir recours à des questionnaires et grilles d'auto-observation à remplir par la patiente et son entourage afin de compléter son évaluation et d'évaluer l'effet de ses interventions.

Bien que la collecte d'information soit capitale durant l'évaluation, l'objectif sous-jacent de la psychothérapeute lors de cette évaluation est l'établissement de l'alliance thérapeutique avec Laura. En effet, elle sera fondamentale pour la poursuite de la psychothérapie.

Le plan de traitement

Laura désirent retrouver sa « capacité à rebondir et à redevenir la personne qu'elle a toujours été », désirent également être capable de retourner au travail et d'assumer ses responsabilités de parent et compte tenu des résultats de son évaluation, la psychothérapeute lui propose une thérapie cognitive comportementale (TCC)⁵ axée sur le trauma, lui expliquant les avantages et les inconvénients de cette intervention ainsi que les autres choix possibles. Elle lui propose également d'inclure son conjoint à certaines étapes de la thérapie afin de s'assurer, d'une part, qu'il comprend ce que vit Laura et, d'autre part, qu'il puisse soutenir Laura dans sa démarche de rétablissement et, possiblement, l'accompagner au début des exercices qui seront réalisés entre les séances avec la psychothérapeute, la laissant graduellement expérimenter seule. Laura se disant en accord avec cette intervention, la psychothérapeute lui explique les différentes étapes et composantes du traitement qui lui sera proposé. Elle s'assure également avant chaque étape que Laura en a bien saisi le rationnel.

La psychothérapeute procède d'abord à de l'éducation psychologique pour permettre à Laura et à son conjoint de mieux comprendre le trouble de stress post-traumatique en lien avec son expérience. Par la suite, afin de permettre à Laura d'intégrer émotionnellement le trauma, de diminuer les symptômes d'altération de son humeur (p. ex. : colère), de faciliter son adhésion aux interventions qui suivront et de favoriser l'acceptation et l'intégration émotionnelle du trauma, la psychothérapeute effectue avec Laura un travail

⁵ L'expression thérapie cognitive comportementale et son acronyme TCC renvoient ici à l'exercice de la psychothérapie, tel qu'indiqué en page 25 du document *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*.

sur le plan de ses émotions liées à l'événement traumatique. Ensuite, la psychothérapeute vise à assouplir les pensées, les distorsions cognitives et les croyances fondamentales qui entretiennent les symptômes de Laura par l'utilisation de la restructuration cognitive. Ceci pourra aussi contribuer indirectement à diminuer les symptômes de stress post-traumatique (reviviscences, évitement, changements dans les pensées et l'humeur, hyperéveil) réduisant ainsi la détresse de Laura. Finalement, elle lui enseigne des techniques et stratégies de gestion du stress (apaisement) afin de diminuer les symptômes d'hyperéveil, tout en la mettant en garde à propos de la nécessité d'accepter les reviviscences et de n'utiliser que les techniques qui ne constituent pas de l'évitement. Ces stratégies et techniques visent à lui permettre d'affronter les situations anxigènes reliées au trouble, en vue de l'exposition à celles-ci. Afin de favoriser l'amélioration de l'hygiène de vie et du sommeil, elle amènera Laura à reprendre de saines habitudes de vie. Il est à noter que l'ensemble de ces stratégies seront remobilisées au besoin tout au long de la psychothérapie.

Lorsque la psychothérapeute a évalué que Laura comprend bien le rationnel de la TCC, qu'elle démontre une certaine compétence dans l'utilisation des stratégies de gestion du stress, qu'elle a adopté de saines habitudes de vie et qu'elle semble disponible émotionnellement, mais surtout que l'alliance thérapeutique semble adéquate, la psychothérapeute propose à Laura de commencer l'exposition en imagination. L'exposition en imagination au trauma vise à réduire les reviviscences et la détresse associées au souvenir du trauma et à permettre une plus grande intégration émotionnelle du trauma. Cette exposition en imagination, accompagnée des devoirs entre les séances, peut s'étaler sur plusieurs séances jusqu'au moment où l'exposition au récit de l'événement traumatique est acceptablement anxigène (évalué à l'aide d'une grille subjective avant et après chaque période d'exposition en séance et en devoir). À ce moment, la psychothérapeute amène Laura à franchir l'étape de l'exposition *in vivo*, stratégie visant à favoriser la reprise des activités courantes (p. ex. : effectuer des achats) et à améliorer son autonomie en diminuant les symptômes de stress post-traumatique jusqu'à son retour au travail, comme elle le souhaite. Ces deux types d'expositions permettent également à la psychothérapeute de viser une modification, ou, à tout le moins, un assouplissement des distorsions cognitives et des croyances fondamentales dysfonctionnelles de Laura. Tout au long du processus d'exposition prolongée (en imagination et *in vivo*), la psychothérapeute utilise des techniques d'ancrage visant à diminuer les réactions de stress et à favoriser un sentiment de sécurité chez Laura. L'utilisation de ces techniques se réalise également si Laura présente des réactions de dissociation, afin qu'elle rétablisse un contact avec la réalité. De la même façon, la psychothérapeute travaille avec Laura à la gestion des « stressseurs » afin de diminuer le

niveau de stress vécu, de favoriser le travail thérapeutique entre les séances et de prévenir l'abandon de la thérapie. L'ordre du type d'exposition (en imagination ou *in vivo*) peut être modifié en fonction des besoins cliniques et des attentes de Laura (p. ex. : Laura pourrait préférer diminuer les reviviscences avant de faire de l'exposition *in vivo*).

En dernier lieu et afin de conclure la psychothérapie, la psychothérapeute vise la prévention de rechute afin de s'assurer que Laura est en mesure, de manière efficace et autonome, de maintenir ses acquis et de faire face aux situations anxiogènes liées aux souvenirs du trauma.

L'intervention psychothérapeutique

Selon l'évolution et les besoins exprimés par Laura, la psychothérapeute peut modifier la séquence ou l'ordre des interventions proposées lorsque cliniquement valide.

Éducation psychologique sur le TSPT

Dans un premier temps, la psychothérapeute procède à l'éducation psychologique auprès de Laura et de son conjoint afin de leur permettre de comprendre ce qui arrive à Laura, de normaliser ses symptômes qui constituent en fait des réactions normales à un événement qui, lui, est anormal. Cette étape importante préalable à l'utilisation des autres techniques et stratégies thérapeutiques permet à la psychothérapeute d'établir une relation de confiance avec Laura, alors qu'elle permet à Laura de se sentir comprise, acceptée et accueillie dans ses émotions et d'avoir le sentiment que son rythme sera respecté. Elle vise également à ce que le conjoint de Laura puisse la soutenir dans sa démarche et devienne un élément contributif au retour de son sentiment de sécurité et au rétablissement de son autonomie. Par la démystification des symptômes, la psychothérapeute vise à développer des connaissances qui favoriseront un rétablissement psychologique chez Laura et une prise de pouvoir sur ses difficultés liées à l'évènement traumatique. Enfin, la psychothérapeute vise à renforcer l'efficacité personnelle et l'espoir chez Laura en lui expliquant que sa détresse actuelle est due au fait du pairage (structure de peur) qui s'est fait entre les éléments présents lors de l'attaque et les sentiments de peur, de détresse et d'horreur lors de l'évènement traumatique, et que ce pairage peut être, en quelque sorte, déprogrammé.

Travail sur les émotions

Les émotions ayant un impact sur la motivation dans le processus de rétablissement, de même que sur la capacité de la personne à franchir les différentes étapes du processus de désensibilisation, le travail sur les émotions fait donc partie du processus psychothérapeutique à mettre en place, et la psychothérapeute amène Laura à aborder les siennes. Elle vise à ce que Laura prenne conscience et reconnaisse les émotions que l'évènement lui a fait vivre, qu'elle accepte de les ressentir et qu'elle parvienne à les

exprimer de manière adaptée afin de favoriser l'intégration émotionnelle du traumatisme. La psychothérapeute explique à Laura l'importance d'être en mesure d'exprimer son ressenti dans sa démarche de désensibilisation afin de respecter son rythme et de s'assurer de réussir chacune des étapes subséquentes, dont celle du travail sur les cognitions, car elle nécessite d'être en contact avec ses émotions pour avoir accès aux pensées sous-jacentes. L'exposition prolongée au trauma en imagination et l'exposition prolongée au trauma *in vivo* demandent également à la personne d'être en contact avec son expérience émotionnelle. Aussi, la psychothérapeute enseigne-t-elle à Laura les étapes du processus émotionnel et, à l'aide de différentes techniques et outils, l'accompagne dans son application.

Travail sur les cognitions/pensées

La psychothérapeute procède à la restructuration cognitive avec Laura afin d'induire une saine remise en question de ses pensées automatiques associées à sa détresse, qu'elle développe des pensées plus adaptées et qu'elle retrouve un sentiment de confiance. Tout d'abord, la psychothérapeute explique à Laura la relation entre une situation, les pensées, les émotions et les comportements. Elle lui explique également les avantages à restructurer sa pensée, dont principalement celui de diminuer les symptômes reliés au trauma, et elle lui en décrit les étapes : reconnaître les émotions et les cognitions traumatiques ; questionner les pensées automatiques ; identifier les distorsions cognitives ; remplacer les pensées automatiques par des pensées plus réalistes ou alternatives ; reconnaître les croyances fondamentales ; et tenter d'assouplir celles qui sont associées à ses pensées et sa détresse.

Reconnaître les émotions et cognitions traumatiques

À l'aide de situations rapportées par Laura et après s'être assurée de sa capacité à être en contact avec ses émotions lors du travail effectué sur les émotions, la psychothérapeute l'amène à reconnaître une émotion forte ou un malaise qu'elle aurait vécu depuis l'événement traumatique. À l'aide de questions telles que : *Qu'est-ce qui vous est venu à l'esprit au moment où vous deviez sortir pour aller faire des provisions ?*, elle l'aide à dépister et nommer ses pensées automatiques, soit, par exemple ; *C'est dangereux, il pourrait y avoir un autre hold-up !* À l'aide de la grille de restructuration cognitive situation-pensée/attribution-émotion/comportement, elle l'invite à identifier chacun des éléments présents lors de situations vécues entre les séances en prenant soin d'évaluer le niveau d'intensité de l'émotion et d'identifier le comportement consécutif à la pensée/attribution.

Questionner les pensées automatiques

À partir de la grille remplie, la psychothérapeute amène Laura à considérer ses pensées ou attributions associées aux symptômes post-traumatiques comme des hypothèses et à les questionner. Par exemple, à la pensée : *c'est dangereux, il pourrait y avoir un autre hold-up !*, elle lui demande : *Qu'est-ce qui vous fait dire que c'est ce qui va arriver ? Comment auriez-vous considéré cette situation avant l'événement traumatique ? Quelles sont les probabilités qu'un tel événement arrive ?* La psychothérapeute enseigne l'utilisation de ce type de questionnement (questionnement socratique) à Laura et lui demande d'inscrire ses questions et les réponses dans deux colonnes qu'elle ajoute à la grille remplie, pour chacune des situations rapportées. Elle vise, par cet enseignement et ces exercices, à favoriser chez Laura le développement d'une attitude plus critique et réaliste (souplesse cognitive) vis-à-vis de ses pensées automatiques, afin de diminuer les symptômes anxieux post-traumatiques et l'évitement.

La psychothérapeute utilise également le questionnement socratique pour favoriser une diminution des sentiments de honte, de colère, de culpabilité que Laura exprime face à l'événement, ainsi que la remise en question du blâme qu'elle s'attribue face à sa réaction à l'agression.

Identifier les distorsions cognitives associées au TSPT, déterminer les pensées alternatives et reconnaître les croyances fondamentales

La psychothérapeute fait ensuite de l'éducation psychologique à propos des distorsions cognitives. À l'aide d'exemples concrets, elle explique à Laura comment ses pensées automatiques sont filtrées par ce processus cognitif et comment ce type de distorsion affecte généralement négativement les personnes ayant vécu un événement traumatique tel que celui qu'elle a vécu. Elle amène ensuite Laura à vérifier la présence de distorsions à partir de pensées automatiques rapportées dans la grille. Par exemple, lorsque sa pensée est : *c'est dangereux, il pourrait y avoir un autre hold-up !*, elle l'invite à se questionner : *Est-il possible que je filtre la réalité ? Est-il possible que j'exagère le niveau de dangerosité ? Est-ce que je surgénéralise ?* La psychothérapeute fait faire le même exercice à Laura pour chacune des situations rapportées afin de favoriser une prise de conscience de sa part des filtres ou distorsions cognitives qu'elle utilise et qui engendrent ou favorisent le maintien des symptômes post-traumatiques. Elle invite Laura à inscrire ces questions et les distorsions dans une sixième colonne qu'elle ajoute à la grille. En plus de permettre à Laura de constater qu'elle utilise la personnalisation (p. ex. : *Si j'avais appuyé sur l'appel d'urgence de mon cellulaire, le voleur aurait été arrêté rapidement*), la surgénéralisation (p. ex. : *tous les endroits où il y a transaction d'argent sont dangereux*) et l'attention sélective (p. ex. : elle ne prête pas attention à certains éléments importants de la situation), ce travail permet à

la psychothérapeute de porter une attention particulière aux distorsions sous-jacentes à la honte et à la culpabilité rapportées par Laura en vue de diminuer ces émotions et prévenir une possible tendance à l'autoflagellation cognitive et une dévalorisation grave de l'estime de soi.

Après avoir effectué ce travail de questionnement, la psychothérapeute amène Laura à formuler une pensée alternative réaliste pour chacune des situations travaillées. La pensée alternative, étant plus adaptée à la réalité, sera moins anxiogène et favorisera l'établissement d'un sentiment de sécurité et d'apaisement chez Laura. Ainsi, à la pensée dysfonctionnelle : *C'est dangereux, il pourrait y avoir un autre hold-up !* », elle formule la pensée alternative : *Je cours peu de risque de revivre une attaque à main armée en allant à mon épicerie habituelle.* La psychothérapeute invite Laura à ajouter ces éléments dans une dernière colonne jointe à la grille en y précisant son émotion suite à cette pensée et en estimant si son comportement serait alors différent.

Au cours de ce travail de restructuration cognitive, la psychothérapeute relève des similitudes entre les cognitions sous-jacentes aux pensées automatiques de Laura et aux attitudes qu'elle a pu développer. Les regroupant par thèmes, elle a pu découvrir, avec Laura, les croyances fondamentales sous-jacentes qui ont été activées par le trauma. Plus particulièrement, c'est sa croyance en un monde bon qui semble avoir été ébranlée.

À l'aide du questionnement socratique, la psychothérapeute amène Laura à assouplir progressivement sa croyance pour la ramener à un niveau où elle générera de moins en moins d'anxiété et permettra à Laura d'adapter ses comportements à la réalité. Ainsi, en la soutenant, elle invite Laura à considérer sa croyance que le monde est dangereux comme une hypothèse et à faire la liste des preuves pour celle-ci et à dresser la liste des indices prouvant l'hypothèse que le monde est aussi un endroit sécuritaire. Laura est également amenée à constater que son raisonnement est teinté par une attention sélective (distorsion cognitive) aux actes de violence perpétrés autour d'elle et dans le monde. Elle réalise que, ce faisant, elle est arrivée à conclure que tout ce qui l'entoure en dehors de sa maison et sa famille comporte un élément de dangerosité important (surgénéralisation).

Afin d'assouplir son raisonnement cognitif, la psychothérapeute demande à Laura de faire une liste des avantages et des inconvénients à penser que le monde est foncièrement dangereux. Bien qu'elle affirme que cela lui permet de se protéger, Laura réalise que les inconvénients sont bien présents, à savoir qu'elle se trouve coupée de son travail qu'elle apprécie et des personnes avec lesquelles elle aime travailler, coupée de ses contacts avec les clients et de sa liberté à choisir les moments pour effectuer les achats désirés et à se déplacer à sa guise alors qu'elle dépend maintenant de l'horaire de son conjoint. Ce travail lui permet également de réaliser l'état d'alerte constant dans lequel cette croyance la met

et l'énergie importante qu'elle nécessite. Laura réalise alors que le monde est généralement bon, même si parfois il arrive que des personnes soient mauvaises ou mal intentionnées. Après avoir effectué le travail sur ces éléments, la psychothérapeute amène Laura à déterminer les comportements de protection plus adaptés qu'elle pourrait choisir d'adopter afin de répondre à son besoin de se protéger des dangers potentiels de manière satisfaisante, tout en tenant compte des gains et des pertes en énergie, sans être extrêmes et coûteux.

Gestion du stress et saines habitudes de vie

Dans le cadre du processus psychothérapeutique, afin de permettre à Laura de diminuer le niveau d'hyperéveil post-traumatique, la psychothérapeute procède à l'enseignement de différentes stratégies de gestion du stress (respiration diaphragmatique, relaxation musculaire progressive de Jacobson, etc.), lui permettant du même coup de retrouver un sentiment de contrôle sur son anxiété et de renforcer son sentiment d'efficacité, ceci ayant un effet positif sur son humeur. Elle demande à Laura de pratiquer ces stratégies régulièrement en s'assurant que leur utilisation ne constitue pas de l'évitement, afin d'être en mesure de les utiliser de manière efficace lorsqu'elle se retrouvera dans un contexte anxiogène pour elle tel que celui où elle se retrouvera lors de l'exposition prolongée en vue du retour au travail souhaité.

Les habitudes de vie ayant un impact important sur le niveau d'énergie et sur l'humeur d'une personne, la psychothérapeute invite Laura à reprendre une routine régulière de sommeil, ses activités domestiques habituelles, de même qu'une bonne alimentation et des activités de loisir qu'elle inscrit dans une grille horaire à suivre.

Exposition prolongée au trauma en imagination⁶

Lorsqu'elle la juge prête et qu'elle considère que l'alliance thérapeutique est suffisamment établie, la psychothérapeute amène Laura à vivre en imagination l'exposition aux souvenirs de l'événement traumatique, soit l'attaque à main armée dont elle a été victime au travail (ou exposition en imagination prolongée), afin de lui permettre une habitude progressive aux éléments anxiogènes associés à l'événement. Cette habitude progressive vise à permettre à Laura de devenir plus sereine et apaisée face à l'évocation de l'événement traumatique. La psychothérapeute lui explique que cette habitude permet de modifier la structure de peur en apportant une expérience correctrice pendant son activation. En effet, en accord avec les théories du conditionnement de la peur, l'habitude mène à une diminution de l'anxiété provoquée par l'exposition aux stimuli conditionnés comme une menace. La diminution des symptômes de reviviscences

⁶ L'exposition au trauma en imagination est une technique issue de la TCC qui ne peut pas être utilisée en dehors du processus psychothérapeutique.

(souvenirs, *flash-backs*, cauchemars) passe ainsi par cette modification de la structure de peur. La stratégie permet de doser graduellement le niveau d'exposition afin de favoriser l'habituation au souvenir traumatique et, par la modification des distorsions et croyances fondamentales, permettre la digestion émotionnelle, tout en empêchant l'évitement des rappels cognitifs de l'événement — qui ne soulage qu'à court terme.

Avec l'accord de Laura, la psychothérapeute procède à l'exposition selon les étapes successives requises pour ce type d'intervention spécifique. Elle lui en explique le rationnel et l'informe que cette exposition sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone qui servira pour les exercices à faire entre les séances qu'elles auront ensemble. Avec Laura, elle détermine le scénario auquel elle s'exposera. Elle vérifie son niveau d'anxiété (à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10, 0 signifiant aucune anxiété et 10, une anxiété extrême). Elle lui demande ensuite si elle se sent capable de fermer les yeux, puis lui demande de décrire l'événement en détail en utilisant le temps présent et le « *je* ». Au cours des premières séances, elle lui permet de décrire l'événement librement et à son rythme. Au cours des séances suivantes, elle lui pose des questions directes pour lui faire préciser les différents éléments du scénario. La psychothérapeute questionne régulièrement Laura afin d'évaluer son niveau d'anxiété (à l'aide de la même échelle). La psychothérapeute détecte et nomme à Laura les comportements d'évitement qu'elle adopte durant cette exposition en pensée. Elle s'assure de respecter la durée requise d'exposition et attend que le niveau de détresse de Laura redescende avant de terminer l'exposition. Elle s'assure également de disposer d'un délai suffisant en fin de séance pour permettre au niveau de détresse de Laura de redescendre à un niveau inférieur à 5 et pour lui expliquer les exercices à faire pour la prochaine séance, soit l'écoute quotidienne du scénario enregistré, à domicile. Au cours de ces séances de description du scénario, la psychothérapeute vise également à permettre à Laura de réaliser que la détresse qu'elle ressentait à la première exposition diminue au fur et à mesure qu'elle répète cette description.

À tout moment pendant l'exposition, la psychothérapeute est attentive aux réactions dissociatives ou de détresse que Laura pourrait manifester. Le cas échéant, elle utilise les techniques d'ancrage qu'elle a préalablement enseignées à Laura en prévision de pareille situation, afin de la ramener dans le moment présent. Elle peut aussi, au besoin, remobiliser l'ensemble des stratégies thérapeutiques afin de diminuer la détresse et permettre la poursuite de l'exposition.

Après quelques séances, lorsque le scénario est complété, la psychothérapeute demande à Laura de procéder à l'exposition en pensée entre les séances, afin d'augmenter le potentiel du processus d'habituation, de même que son niveau de confiance. La psychothérapeute lui demande d'écouter le scénario une à deux fois par jour en prenant en note son niveau de stress avant et après l'exposition (à l'aide de l'échelle de 0 à 10). Elle

procède également au rappel des techniques de gestion du stress ou d’ancrage et l’encourage à les utiliser si les exercices lui causent trop de détresse. Lors de la rencontre suivante, la psychothérapeute revoit avec Laura les auto-observations qu’elle a effectuées pendant les exercices à domicile afin de s’assurer que celle-ci procède de la bonne manière et que le phénomène d’habituation s’installe comme prévu.

Exposition prolongée au trauma *in vivo*⁷

La psychothérapeute propose à Laura la stratégie thérapeutique de l’exposition prolongée *in vivo* afin de diminuer ses symptômes d’évitement et ses réactions physiologiques en présence de stimuli associés à l’attaque à main armée dont elle a été victime — ceux-ci étant encore présents —, de favoriser la reprise de ses activités régulières et d’augmenter son autonomie. Elle reprend avec Laura la notion de conditionnement sous-jacent à l’élaboration de la structure de peur et précise avec elle comment ce phénomène s’est actualisé dans sa situation. Par exemple, elle amène Laura à réaliser que ses craintes des lieux comme l’épicerie ou la banque sont le fait d’une généralisation du conditionnement lié à un élément présent lors de l’événement traumatique, soit l’argent transitant lors des achats dans le magasin où elle travaille, élément qui était au centre de l’événement. La psychothérapeute distingue avec Laura chacune des associations qui se sont créées suite à l’événement et elle les illustre à l’aide du schéma de la structure de la peur.

La psychothérapeute demande ensuite à Laura de dresser la liste des situations qu’elle évite ou qu’elle tolère en ayant un haut niveau de stress et d’indiquer, pour chacune d’elles, le niveau d’anxiété subjective (NAS) qu’elle ressent. À l’aide de cette cotation, elle soutient Laura afin de lister, par ordre de croissance en termes de NAS, chacune de ces situations. Cette liste constituera la hiérarchie d’exposition que Laura sera invitée à réaliser. Ensuite, pour chacune des situations, la psychothérapeute, à l’aide de questions, amène Laura à déterminer les étapes progressives d’exposition qui seront réalisées. Divers outils lui sont proposés afin de documenter ses progrès durant ces expositions pour, d’une part s’assurer qu’ils sont effectivement réalisés, et, d’autre part permettre à Laura de constater ces progrès. La psychothérapeute explique à Laura les principes à respecter (durée, période de retour au calme, exposition au stress sans utilisation de l’évitement ou de la neutralisation, fréquence de l’exposition, etc.) pour effectuer une exposition qui favorise l’habituation et ceux qui préviennent le renforcement des symptômes. Elle l’invite à identifier les comportements d’évitement ou de neutralisation possibles et à trouver un moyen de les contourner afin qu’ils n’empêchent pas l’exposition. De plus, la

⁷ Dans un contexte de psychothérapie, l’utilisation de la technique d’exposition au trauma *in vivo*, issue de la TCC, vise des modifications sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne, ici les croyances fondamentales, et elle fait partie intégrante du processus psychothérapeutique.

psychothérapeute accompagne Laura lors de sa première exposition afin de valider qu'elle n'utilise pas de comportement de neutralisation ou d'évitement ni ne présente d'état de dissociation lors de l'exercice d'exposition.

La psychothérapeute reprend avec Laura chacune des expériences d'exposition et évalue avec elle les résultats avant de procéder aux ajustements pour les prochaines séances d'exposition, lorsque nécessaire. Au cours de ces rencontres, tout au long du processus d'exposition, Laura réalise que sa croyance que le monde peut parfois être dangereux a de moins en moins d'impact sur ses pensées.

Prévention des rechutes et fin de la psychothérapie

Après l'exposition aux diverses situations identifiées réussie, et constatant avec Laura la diminution significative des symptômes d'évitement, des réactions physiologiques, de la détresse en présence de stimuli qui avaient été associés à l'événement traumatique, la reprise de plusieurs activités et la réactualisation de son autonomie, la psychothérapeute prépare Laura à la fin de la psychothérapie et à la prévention des rechutes. Afin de lui permettre de prendre conscience que l'événement n'a pas eu que des effets négatifs sur elle et sur sa vie, la psychothérapeute l'amène à faire la liste des habiletés qu'elle a mises en œuvre et celles qu'elle a acquises tout au long de son processus de rétablissement. Elle lui souligne également son rôle actif dans le processus sur lequel elle a pris la plus grande part de contrôle. Elle effectue également de l'éducation psychologique à propos de la croissance post-traumatique afin que Laura réalise les changements positifs relatifs, entre autres, à une meilleure connaissance d'elle-même, sa façon de voir la vie et de l'appréhender, etc. La psychothérapeute procède également à un bilan des progrès thérapeutiques avec Laura en utilisant à nouveau certains outils ayant servi à l'évaluation, à titre de comparaison, afin de lui permettre de réaliser la nette amélioration de son état. Elle fait ensuite de l'éducation à propos des risques de rechutes qu'elle normalise. Elle invite Laura à distinguer ce qui pourrait constituer des rappels de l'événement susceptibles de la faire à nouveau réagir et à déterminer les moyens qu'elle pourrait utiliser dans ces éventualités. Enfin, la psychothérapeute précise à Laura qu'il serait normal que certaines situations l'amènent à avoir besoin d'une rencontre de soutien ponctuelle, à laquelle elle l'encourage de recourir, et que ces situations ne constitueraient pas pour autant des situations de rechute.

6. L'analyse à faire pour déterminer s'il s'agit de psychothérapie implique d'identifier la présence simultanée des trois (3) éléments constitutifs de la psychothérapie.

1. *Le traitement psychologique.* Cet élément est présent. Considérant que le traitement psychologique renvoie au travail qui vise à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne, on constate que la psychothérapeute amène Laura à effectuer un tel travail. Ainsi, son intervention porte sur les croyances fondamentales et les processus cognitifs à la source des pensées automatiques inadaptées engendrant la séquence comportementale dysfonctionnelle relative au trouble de stress post-traumatique. Selon le modèle cognitivo-comportemental, ces éléments qu'elle vise à modifier organisent et régulent le fonctionnement psychologique et mental de la personne.

2. *Pour un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.* Cet élément est présent.

3. *Dans le but de favoriser des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système personnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé.* Cet élément est présent. Par ailleurs, en ce qui a trait à la finalité (les objectifs) de l'intervention, on note ici que le traitement psychologique vise à induire un changement significatif au plan la santé mentale de Laura et à favoriser son adaptation optimale en interaction avec son environnement.

En conclusion, la présence simultanée des trois (3) éléments étant démontrée, l'intervention décrite constitue l'exercice de la psychothérapie.