

# **GUIDE DE PRATIQUE POUR LA GESTION DE LA COLÈRE**

---

**Goulet, J., Chaloult, L. et Ngô, T. L.**

**1<sup>re</sup> édition**

Éditeur : Jean Goulet – tccmontreal

2018

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal  
Montréal, QC, Canada  
2018  
ISBN 978-2-924935-06-4  
Dépôt légal 3e trimestre 2018  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2018  
Bibliothèque et Archives Canada 2018  
1re édition

## À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) appliquée à la gestion de la colère. Il présente les étapes d'une thérapie cognitivo-comportementale pour favoriser une meilleure gestion de ce type d'émotions et des comportements qui en découlent. Il ne vise pas un diagnostic en particulier, mais peut être utilisé lorsqu'une telle problématique est cliniquement significative.

Les différents groupes de recherche sur ce sujet ont développé des conceptualisations et des approches assez différentes. Ils partagent cependant plusieurs outils thérapeutiques communs. Le présent guide s'inspire des principales approches de gestion de la colère en proposant une conceptualisation et des étapes thérapeutiques qui tentent de les intégrer dans un tout cohérent. La structure générale de ce document respecte la même forme que celle des guides de pratique rédigés par le Dr Louis Chalout.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chalout ([Chalout, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008](#)) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

Plusieurs auteurs ont inspiré ce guide. Notons particulièrement le modèle d'Albert Ellis ([Ellis & Tafrate, 1998](#)) qui a particulièrement influencé ce champ de pratique. Ce sont principalement les guides de Kassinove et Tafrate dont s'inspire le présent ouvrage ([Kassinove & Tafrate, 2002](#); [Tafrate & Kassinove, 2009](#)). Nous avons aussi intégré des concepts et approches provenant de plusieurs autres auteurs importants dans ce domaine ([Chapman, Gratz, & Linehan, 2015](#); [Davies, 2000](#); [Dryden, 1996](#); [Nay, 2014](#); [R. Potter-Efron, 2012](#)).

Ce document a été rédigé en avril 2017 et publié pour la première fois en 2018.

-----

## À PROPOS DES AUTEURS

**Jean Goulet** est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

**Louis Chaloult** est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

**Thanh-Lan Ngô** est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

## Table des matières

<b>Section 1 : Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>Section 2 : Évaluation.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation.....</b>	<b>14</b>
2.2.1. Échelle clinique de colère (Clinical Anger Scale, CAS).....	14
2.2.2. Inventaire de Beck pour la dépression .....	14
2.2.3. Inventaire de Beck pour l'anxiété.....	14
2.2.4. Questionnaire des schémas de Young .....	14
2.2.5. AUDIT .....	15
2.2.6. CAGE.....	15
2.2.7. Journal d'auto-observation .....	15
<b>Section 3 : Traitement pharmacologique.....</b>	<b>16</b>
<b>Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 Facteurs prédisposants .....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 Facteurs précipitants.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3 Facteurs perpétuants .....</b>	<b>19</b>
<b>Section 5 : Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental de gestion de la colère .....</b>	<b>22</b>
<b>5.1 Évaluation.....</b>	<b>22</b>

<b>5.2 Favoriser une bonne alliance thérapeutique .....</b>	<b>22</b>
<b>5.3 Psychoéducation et plan d'intervention .....</b>	<b>22</b>
5.3.1 Psychoéducation .....	22
5.3.2 Présenter la conceptualisation personnalisée .....	24
5.3.3 Favoriser la motivation .....	27
5.3.4 Fixer des objectifs .....	28
5.3.5 S'entendre sur le plan d'intervention et le contrat thérapeutique .....	28
<b>5.4 Ajustement des médicaments si indiqués .....</b>	<b>30</b>
<b>5.5 Auto-observation .....</b>	<b>30</b>
<b>5.6 Prendre une distance des éléments déclencheurs .....</b>	<b>31</b>
5.6.1 Physiquement : l'évitement, le « <i>time out</i> » .....	31
5.6.2 Psychologiquement : distraction, relaxation et techniques inspirées de la 3 <sup>e</sup> vague .....	32
<b>5.7 Hygiène de vie .....</b>	<b>34</b>
5.7.1 Sommeil et cycles circadiens .....	34
5.7.2 Activités et engagements .....	34
5.7.3 Alcool, drogues et autres substances .....	35
<b>5.8 Gestion des contingences .....</b>	<b>35</b>
5.8.1 Renforçateurs internes .....	35
5.8.2 Renforçateurs externes .....	36
<b>5.9 Les aspects cognitifs .....</b>	<b>37</b>
5.9.1 Au niveau des pensées immédiates .....	37
5.9.2 Au niveau des croyances intermédiaires .....	37
5.9.3 Au niveau des croyances fondamentales .....	39

<b>5.10 Amélioration des habiletés</b> .....	<b>40</b>
5.10.1 Affirmation de soi .....	40
5.10.2 Technique de résolution de problème.....	42
<b>5.11 Exposition</b> .....	<b>42</b>
<b>5.12 Terminaison et prévention des rechutes</b> .....	<b>45</b>
5.12.1 Résumé de thérapie .....	45
5.12.2 Fiche de prévention des rechutes.....	46
5.12.3 Entrevues de consolidation .....	46
<b>Section 6 : Déroulement du traitement</b> .....	<b>47</b>
<b>Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement</b> .....	<b>48</b>
7.1 Échelle clinique de colère, Clinical Anger Scale (CAS) ( <a href="#">Snell et al., 1995</a> ) .....	49
7.2 Inventaire de Beck pour la dépression .....	55
7.3 Inventaire de Beck pour l'anxiété .....	58
7.4 AUDIT .....	61
7.5 CAGE .....	63
7.6 Grille d'auto-observation de la colère .....	65
7.7 Les avantages et les inconvénients.....	67
7.8 Fiche thérapeutique : « Mes motivations ».....	69
7.9 Tableau d'enregistrement des pensées.....	71
7.10 Tableau d'enregistrement des attitudes dysfonctionnelles de base .....	73
7.11 Fiche de travail sur les croyances (adaptée de J. Beck).....	75
7.12 Technique de résolution de problème .....	77
7.13 Scénario d'exposition en imagination.....	80

<b>7.14 Grille d'auto observation des exercices d'exposition .....</b>	<b>82</b>
<b>7.15 Résumé de thérapie.....</b>	<b>85</b>
<b>7.16 Fiche de prévention des rechutes.....</b>	<b>87</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>89</b>



## Section 1 : Introduction

Ce guide contrairement à la plupart de ceux que vous trouverez sur le site [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com), ne vise pas une psychopathologie en particulier mais plutôt la gestion d'une famille d'émotion : la famille de la colère. Cette famille comprend un grand nombre d'émotions aux multiples nuances : agacement, irritation, animosité, ressentiment, rancune, hostilité, haine, colère, révolte, rage... La colère n'est pas nécessairement problématique en soi. Elle le deviendra lorsque son intensité, sa fréquence et les comportements qui en découlent engendrent une souffrance ou une perturbation significative des relations et du fonctionnement.

Mentionnons d'entrée de jeu qu'il faut distinguer la colère des comportements d'agression qui en découlent parfois. La colère lorsqu'elle est contenue peut survenir sans qu'aucun comportement agressif ne s'en suive. Des comportements agressifs peuvent aussi survenir sans que la personne qui les agit ne ressente de la colère. Ils peuvent être émis sans état d'âme (par exemple, le tueur à gages qui exécute froidement son travail) ou même avec une certaine excitation (par exemple le plaisir de la personne en position sadique dans une relation sexuelle sadomasochiste).

Ce guide ne présente pas une approche nouvelle, mais cherche à intégrer les outils TCC suggérés par les principaux auteurs qui ont oeuvré dans le domaine. Les premiers travaux sur le sujet utilisaient une approche essentiellement cognitive ([A. T. Beck, \(Traduction française par Jean Cottraux\), 2002](#); [Ellis & Tafrate, 1998](#)). Des outils comportementaux et cognitifs ont ensuite été combinés ([Kassinove & Tafrate, 2002](#)), puis des concepts de troisième vague provenant de la thérapie dialectique comportementale ont aussi été appliqués à la gestion de la colère ([Chapman et al., 2015](#)).

De nombreuses études contrôlées et quelques méta-analyses tendent à démontrer que ces approches sont efficaces et que les bénéfices obtenus ont tendance à se maintenir dans le temps ([R. Beck & Fernandez, 1998](#); [Deffenbacher, Oetting, & DiGiuseppe, 2002](#); [DiGiuseppe & Tafrate, 2003](#); [Hamelin, Travis, & Sturmey, 2013](#); [Hassiotis & Hall, 2004](#); [Kusmierska, 2012](#)). Il est cependant difficile de tirer des conclusions définitives, car les populations étudiées sont diverses, les techniques utilisées variables et les résultats hétérogènes.

Nous avons tenté d'intégrer les principaux outils TCC dans un tout cohérent. Il n'est pas nécessaire et probablement pas souhaitable d'appliquer tous ces outils à chaque patient. Il est préférable d'appliquer le principe de parcimonie qui consiste à travailler avec soins avec un nombre limité d'outils plutôt que de survoler rapidement l'ensemble. Pour la thérapie individuelle, nous suggérons une approche personnalisée où, à partir d'une bonne évaluation et d'une conceptualisation personnalisée, le thérapeute choisira certains outils pour bâtir un plan d'intervention adapté. De même, en format de groupe, nous suggérons de sélectionner les outils les plus pertinents en fonction de la population cible. Mentionnons, à titre d'exemple, qu'il serait préférable de ne pas aborder les techniques d'affirmation de soi et les habiletés sociales si le patient n'a pas de difficulté à cet égard, alors qu'il pourrait s'agir de la partie la plus importante du traitement pour un autre.

## Section 2 : Évaluation

### 2.1 Signes et symptômes spécifiques à évaluer en plus de l'évaluation psychiatrique générale

La personne qui présente un problème de gestion de sa colère nécessite évidemment une évaluation complète. Nous ne présenterons pas les principes de base, mais nous nous attarderons plutôt aux aspects plus spécifiques à la gestion de la colère (voir tableau 1).

Les patients craignent souvent d'être jugés ou même exposés à des conséquences légales s'ils parlent ouvertement de leurs accès de colère. Par conséquent, il est difficile d'obtenir des informations fiables à ce sujet. Il est essentiel pour ce faire d'établir un bon lien thérapeutique afin que le patient se sente respecté et qu'il ne craigne pas le jugement du thérapeute. L'utilisation judicieuse des techniques d'entrevue contribuera au recueil habile des données. Il faut aussi savoir mettre un cadre bienveillant et constructif, mais ferme. Veillez à maintenir l'équilibre qui permet de ne pas approuver voire condamner certains comportements inacceptables sans que le patient ne se sente jugé. Il doit se sentir respecté en tant que personne.

Votre évaluation devra vous permettre de bien connaître les formes que prend la colère chez la personne qui vous consulte. Elle est souvent épisodique (colère « chaude »), mais elle peut se présenter aussi de façon plus durable (colère « froide » par exemple l'amertume ou la rancune). Nous vous suggérons d'explorer les 5 éléments suivants :

- les déclencheurs externes ou internes,
- les émotions,
- les pensées,
- les comportements agressifs (propos, ton de voix, gestes, violence envers les objets et envers les personnes)

- et les conséquences des épisodes de colère.

Documentez la fréquence, la durée et la sévérité de ces épisodes. Vous pouvez aussi explorer plus en profondeur quelques épisodes de colère récents. Utilisez, si nécessaire, des jeux de rôle, des simulations ou des techniques d'imagerie. L'exercice d'auto-observation présenté à la section 5.5 sera très précieux pour préciser le tout.

Vous évaluerez également la consommation de substances (alcool, drogues, stimulants, médicaments stimulants, stéroïdes ou dépresseurs du système nerveux central) qui pourraient augmenter la tension ou provoquer une désinhibition et ainsi favoriser la colère et les comportements agressifs.

Il faut finalement détecter la présence de psychopathologies associées. Mentionnons entre autres l'importance d'une bonne histoire personnelle qui vous permettra de bien connaître cette personne qui vous consulte et de bâtir une solide conceptualisation longitudinale. De plus, elle vous aidera à préciser si un trouble de la personnalité est présent et son degré de sévérité. L'évolution longitudinale des symptômes permettra de détecter des problèmes épisodiques comme les troubles de l'adaptation et les troubles dépressifs majeurs ou bipolaires.

N'oubliez pas de vérifier les antécédents judiciaires.

L'exploration des motivations et ressources du patient vont vous permettre d'adapter votre intervention en conséquence et parfois d'intégrer une approche motivationnelle.

Il est important de se rappeler que la colère peut être associée à de la dangerosité qui peut nécessiter des interventions urgentes. Il faut savoir quelles sont les ressources d'urgences de votre milieu de pratique : 911, services d'urgence des hôpitaux, urgence sociale, centres d'intervention de crise (au Québec, <http://www.centredecrise.ca>), les lignes d'écoute (au Québec, Tel-aide, centres de prévention du suicide, 1-866-APPELLE ou 1-866-277-3553, etc.). Assurez-vous de connaître vos obligations et vos recours légaux en fonction du lieu où vous pratiquez. Il faut évaluer soigneusement les idées homicides. Il faudra parfois s'assurer que la personne n'ait pas accès aux armes à feu (au Québec, contrôle des armes à feu de la Sûreté du Québec au 1 (800) 731-4000).

**Tableau 1: Évaluation de la colère**

Déclencheurs externes et internes
Émotions
Pensées
Comportements agressifs : propos, ton de voix, gestes, violence envers les objets, envers les personnes
Conséquences des épisodes de colère
Fréquence, durée et sévérité des épisodes
Consommation de substance
Psychopathologies associées
Antécédents judiciaires
Motivation et ressources du patient
Idées homicides

## 2.2 Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation

Pour la pratique clinique au quotidien, nous favorisons généralement les outils autoadministrés. Nous avons eu de la difficulté à trouver un tel outil adapté à l'évaluation de la colère, en français, qui soit bien validé, sensible au changement et libre de droits.

Le STAXI-2 a été adapté en français ([Borteyrou, Bruchon-Schweitzer, & Spielberger, 2008](#)) et semble avoir été bien validé, mais il fait l'objet de droits de diffusion.

### 2.2.1. Échelle clinique de colère (Clinical Anger Scale, CAS)

Nous avons traduit le *Clinical Anger Scale* (CAS) ([Snell, Gum, Shuck, Mosley, & Hite, 1995](#)) (traduction non validée). Nous la diffusons avec l'autorisation de l'auteur. Vous pouvez l'utiliser pour votre usage clinique mais nous vous demandons de contacter l'auteur si vous souhaitez l'utiliser à d'autres fins. Vous retrouverez l'échelle à la section 7.1.

### 2.2.2. Inventaire de Beck pour la dépression

Voir section 7.2.

### 2.2.3. Inventaire de Beck pour l'anxiété

Voir section 7.3.

### 2.2.4. Questionnaire des schémas de Young

Ce questionnaire peut servir de complément à l'évaluation de la personnalité et des troubles de la personnalité. Vous pouvez trouver deux chapitres en français portant sur le modèle de Young (ch. 9 et 15) écrit par Pierre Cousineau, psychologue, dans l'ouvrage de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)). La version abrégée en français du questionnaire se retrouve dans l'ouvrage suivant : ([Young, Perron, & Klosko, 2013](#)). La version longue, en français est accessible sur le site internet de l'éditeur du volume de Chaloult à l'adresse suivante : [www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/cognitivo\\_9782896320219/pdf/Annexes\(2941-M-01\)TCC\\_WEB\\_2\\_chap\\_3.pdf](http://www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/cognitivo_9782896320219/pdf/Annexes(2941-M-01)TCC_WEB_2_chap_3.pdf).

### **2.2.5. AUDIT**

Outil de dépistage de troubles de l'usage de l'alcool.

Voir section 7.4.

### **2.2.6. CAGE**

Outil de dépistage de problèmes de consommation de drogue ou d'alcool.

Voir section 7.5.

### **2.2.7. Journal d'auto-observation**

Le journal d'auto-observation est un outil extrêmement utile pour établir un niveau de référence. Il est souvent difficile de bien compléter un journal d'auto-observation et ceci constitue en soi un objectif thérapeutique important. Pour cette raison, nous discuterons de ce sujet de façon plus détaillée à la section 5.5.

Vous retrouverez un modèle de journal d'auto-observation section 7.6.

## Section 3 : Traitement pharmacologique

Rappelons d'abord l'importance d'évaluer si certains des médicaments que prend le patient peuvent aggraver la colère. La relation temporelle entre la consommation du médicament et l'importance des manifestations de la colère permettra de préciser la contribution possible du médicament au problème. Certains produits pharmaceutiques sont plus souvent associés à une augmentation de la colère ou des agressions. Mentionnons les stimulants, les stéroïdes (cortico-stéroïdes, testostérone, anabolisants) et les déprimeurs du système nerveux central comme les benzodiazépines et les opiacés. Lorsqu'un médicament semble un facteur contributif significatif, on peut contacter le médecin prescripteur pour discuter, avec le patient, des avantages et inconvénients de cette médication. Le cas échéant, il pourra en diminuer la dose ou le cesser.

Aucun médicament psychotrope n'a d'indication officielle pour traiter la colère et les comportements agressifs qui en découlent. Ils sont principalement utilisés pour traiter les conditions associées. On utilise parfois les antipsychotiques atypiques, les antidépresseurs, les bêta-bloquants, le lithium, la clonidine, le divalproex et la carbamazépine. Quel que soit le psychotrope prescrit, il faut s'assurer que les comportements agressifs ne s'aggravent pas suite à une désinhibition ou à cause des effets secondaires. Il faut être particulièrement prudent à cet égard avec les patients qui souffrent de déficience intellectuelle ou de démence.

Pour en savoir plus sur le rôle potentiel des psychotropes dans la gestion des comportements agressifs nous vous référons aux ouvrages suivants : ([Prado-Lima, 2009](#); [Stahl, Morrisette, & Muntner, 2014](#)).



## Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental

Plusieurs facteurs entrent en interaction lorsqu'on fait face à un problème de colère excessive (voir figure 1). Chaque personne étant unique il est préférable de rédiger une conceptualisation personnalisée permettant de sélectionner les outils thérapeutiques les plus pertinents afin d'élaborer un plan d'intervention individualisé.

Ces facteurs peuvent être divisés en trois groupes :

1. Les facteurs prédisposants
2. Les facteurs précipitants
3. Les facteurs perpétuants

### 4.1 Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants varient énormément d'un individu à l'autre. À la base, on retrouve les éléments fondamentaux qui structurent la personnalité soit les facteurs héréditaires (tempérament) et les facteurs acquis et marqués par les événements de l'enfance (caractère). Une bonne histoire personnelle vous aidera à formuler une conceptualisation longitudinale qui mettra en lumière l'interaction entre les facteurs héréditaires, les événements précoces et le système de croyances qui en résulte.

Vous porterez un intérêt particulier aux expériences traumatiques et de violence qui ont pu marquer l'enfance de même que la façon dont les adultes significatifs ont géré les limites et le cadre.

Les croyances fondamentales varient énormément d'une personne à l'autre. Certaines d'entre elles se retrouvent plus fréquemment chez les individus colériques. Mentionnons les deux suivantes à titre d'exemple :

- Les autres sont malveillants, injustes, etc.

- Le monde est dur, injuste, etc.

Les croyances intermédiaires ont fait l'objet d'un intérêt particulier dans la plupart des programmes de TCC de gestion de la colère. On se réfère souvent aux quatre attitudes dysfonctionnelles de base de Ellis: les exigences élevées (*il faut*), la dramatisation (*c'est grave*), la non-acceptation (*je ne le prends pas, I can't stand it*) et les jugements globaux sur la valeur personnelle. Ces quatre attitudes sont en fait, les différentes facettes d'un même prisme. En effet, plus l'exigence est rigide, plus la transgression sera perçue comme étant grave, intolérable et plus elle risque de conduire à un jugement sévère de la personne qui l'a transgressée (voir section 5.9.2). Pour une discussion détaillée, voir aussi ([Chaloult et al., 2008](#)), chapitre 8.

Au niveau intermédiaire toujours, on s'intéresse de plus en plus aux croyances à propos de la colère, à l'image de ce qui se fait dans le trouble anxiété généralisée pour les croyances à propos des inquiétudes. On observe souvent des croyances dysfonctionnelles au sujet de l'utilité de la colère, par exemple : « la colère est nécessaire pour se défendre et se faire respecter, sans colère on se fait écraser... » On porte une attention particulière à la fausse croyance très répandue voulant que l'expression de la colère permette de diminuer la colère. Les recherches ont plutôt démontré l'inverse c'est-à-dire que l'expression de la colère même lorsqu'elle est déviée vers un objet (par exemple se défouler sur un oreiller) a tendance à augmenter la colère.

Au niveau des attitudes, on constate que les gens colériques ont de la difficulté à être empathique. Les interventions qui améliorent cette capacité permettent également de gérer la colère de façon plus efficace.

## 4.2 Facteurs précipitants

Le journal d'auto-observation permet de documenter les éléments déclencheurs. Il s'agit souvent d'évènements apparemment insignifiants qui activent le système de croyances dysfonctionnelles. L'individu a l'impression qu'on a enfreint une de ses règles. Parfois, surtout en présence de colère froide, le facteur déclencheur est plus difficile à identifier. Il s'agit souvent

d'un évènement interne, associé à des contextes qui favorisent la rumination ( par exemple, l'inactivité, l'apathie, l'isolement, etc.).

### 4.3 Facteurs perpétuants

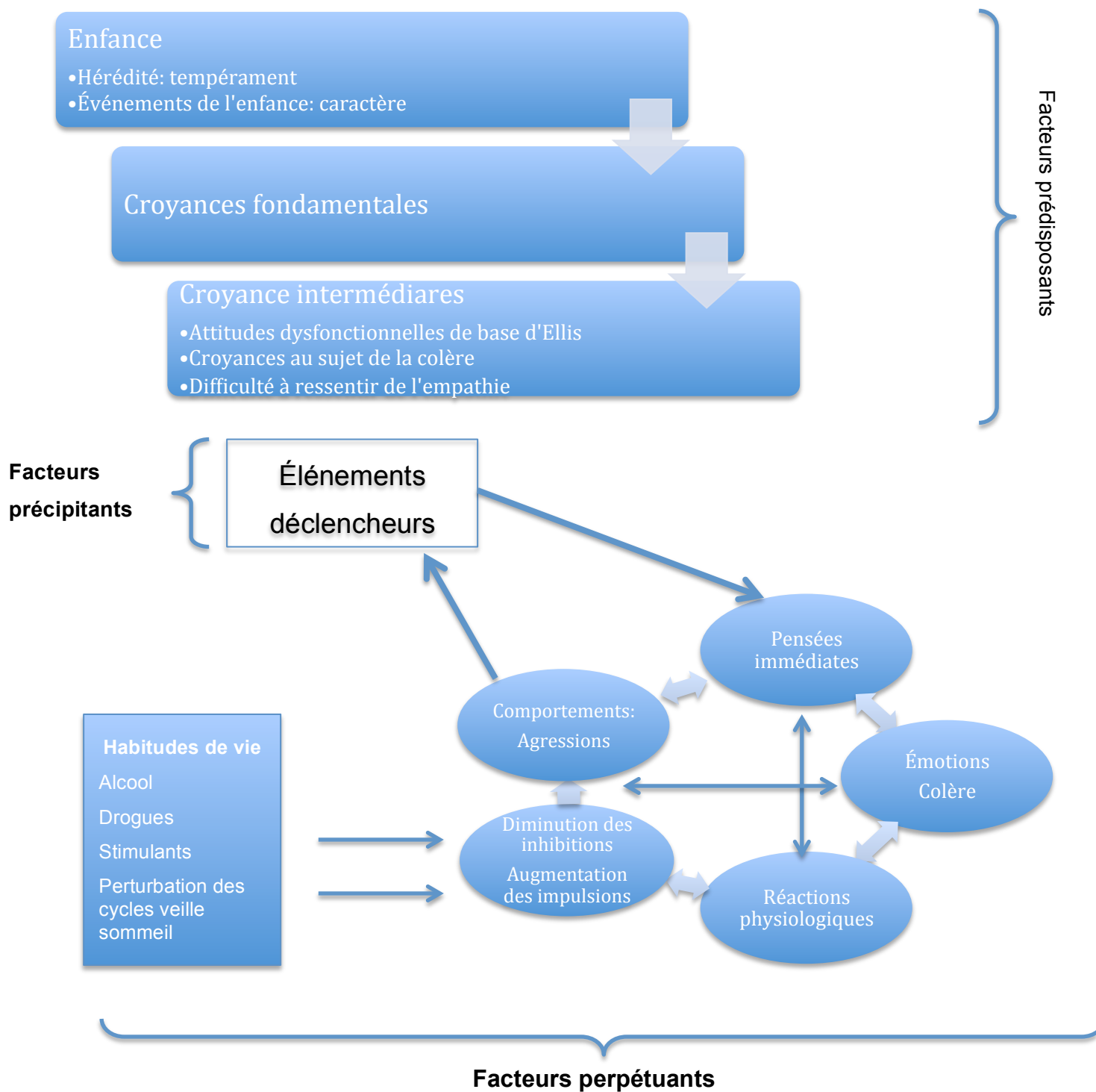
Lorsque l'épisode de colère est déclenché, les pensées, les émotions, les réactions physiologiques et les comportements interagissent et se renforcent mutuellement. Les pensées immédiates sont celles qui apparaissent à chaque instant à notre esprit. Elles se présentent généralement sous la forme d'un discours intérieur. Lorsque les émotions dysfonctionnelles se manifestent, ces pensées prennent des formes plus intenses et chaudes (en anglais, « hot cognitions »). Ce sont les pensées automatiques.

On retrouve souvent une exigence spécifique pour une personne, pour une institution ou pour le destin dans le flot des pensées qui vont alimenter la colère. « Cette personne aurait dû ou n'aurait pas dû faire ceci ou cela ». D'autres thèmes reviennent fréquemment dans le contenu de ces pensées automatiques comme la malveillance ou la menace : « il fait ça volontairement et contre moi ». Ces pensées augmentent la colère, les réactions physiologiques et le risque d'agir agressivement. Les réactions physiologiques comme la tension musculaire, les tremblements, les mâchoires et poings serrés, l'accélération du rythme cardiaque, etc. viennent aussi amplifier ce cercle vicieux. Les comportements agressifs, même subtils, amplifient également l'épisode de colère et risquent d'engendrer des réactions hostiles chez les personnes qui en sont l'objet (la colère est « contagieuse »). Ces réactions constituent souvent de nouveaux déclencheurs qui vont encore amplifier la colère.

La figure 1 illustre aussi le rôle que jouent les impulsions. En effet, lorsque l'épisode de colère s'active, il provoque une augmentation des impulsions à se comporter de manière aggressive. Plusieurs facteurs (alcool, drogues, certains médicaments, fatigue, etc.) peuvent contribuer à diminuer les inhibitions ou à augmenter les impulsions. Cette tension entre l'impulsion et l'inhibition déterminera la possibilité de contenir la colère. Plus la colère est intense, plus les inhibitions risquent d'être débordées par les impulsions. Dans un tel cas, il est

souvent préférable de prendre une distance en se retirant de la situation (5.6.3 le « *time out* »). On cherchera aussi à modifier les habitudes de vie qui nuisent à cet équilibre (5.7 Hygiène de vie).

Figure 1 Modèle cognitivo-comportemental de la colère



## **Section 5 : Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental de gestion de la colère**

### **5.1 Évaluation**

Voir section 2 : Évaluation.

### **5.2 Favoriser une bonne alliance thérapeutique**

Les facteurs non spécifiques, en particulier la relation thérapeutique, sont, sans conteste, des éléments fondamentaux qui favorisent la motivation. Vous veillerez à créer un climat où le patient ne se sentira pas jugé, mais reçu chaleureusement et humainement même si les conséquences de ses comportements pourront être jugées avec lucidité.

### **5.3 Psychoéducation et plan d'intervention**

#### **5.3.1 Psychoéducation**

La présentation au patient d'une conceptualisation personnalisée (voir section suivante 5.3.2) constitue souvent une excellente façon d'expliquer le modèle et d'obtenir une rétroaction très utile. À ce stade du processus, vous expliquez sommairement quelques concepts clés concernant les conséquences de la colère et les outils qui permettent de mieux la gérer. Vous permettrez au patient de saisir la logique du plan d'intervention et vous favoriserez ainsi son adhésion. Il est préférable d'être bref et d'éviter les longs discours. Vous expliquerez au patient chaque étape, de façon détaillée, ultérieurement.

Vous remarquerez que plusieurs des concepts qui suivent portent sur les conséquences de la colère. Lorsqu'une personne est en colère, elle a tendance à se concentrer sur les raisons qui

font que sa colère est justifiée et à en négliger les conséquences. L'exercice de psychoéducation suivant commence à corriger ce biais cognitif.

Soulignons quelques-uns de ces concepts clés.

- Les inconvénients d'une vie marquée par beaucoup de colère sont très lourds.
- L'impact sur la santé est important (dépression, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, augmentation de la sensibilité à la douleur physique, etc.).
- Les relations interpersonnelles en souffrent. À la longue, les risques augmentent de se retrouver isolé, rejeté, voire même détesté.
- L'estime de soi en souffre souvent.
- La colère augmente le risque de développer des problèmes de consommation. La consommation diminue le contrôle sur la colère ce qui crée un cercle vicieux.
- La colère nuit à la stabilité et la satisfaction au travail.
- Elle augmente le risque d'avoir des problèmes avec la justice.
- Il existe d'autres façons de faire respecter ses droits. L'affirmation de soi permet de mieux faire valoir son point de vue avec beaucoup moins de conséquences fâcheuses à long terme.
- Elle n'est pas efficace pour résoudre les problèmes. Il existe d'autres façons plus efficaces d'y arriver comme les techniques de résolution de problèmes.
- La colère augmente la colère. Il est important de remettre en question le mythe voulant qu'on doive « laisser sortir » la colère pour qu'elle diminue. Plusieurs recherches ont démontré exactement l'inverse. Même lorsqu'elle est dirigée ailleurs (par exemple sur un objet comme un oreiller ou un sac de boxe), la colère augmente la colère.
- La colère peut sembler hors de notre contrôle, mais de multiples facteurs y contribuent, et si on travaille avec persévérance sur plusieurs d'entre eux, les choses peuvent grandement s'améliorer.
- Lorsque la colère est trop importante, il faut se retirer de la situation (*time out*).
- Les pensées automatiques alimentent la colère. On peut l'atténuer en prenant une distance et en remettant en question ces pensées automatiques.

- Les exigences jouent souvent un rôle particulièrement important. Il n'est pas nécessaire de sacrifier ses valeurs pour diminuer le degré d'exigence et la colère qui en découle.

Nous utilisons souvent l'analogie du « Presto » (ou autocuiseur) pour illustrer cela.

*Lorsque vous vous sentez en colère, vous sentez souvent une grande tension, comme si vous étiez sur le point d'exploser. C'est un peu comme si vous étiez un presto surchauffé. La valve ne suffit plus, il est sur le point d'exploser. Laisser sortir la colère, c'est un peu comme essayer d'ouvrir le Presto surchauffé : ça risque de faire beaucoup de dégâts (conséquences de la colère), vous risquez de vous brûler, de brûler les gens proches et ça peut laisser des cicatrices. Contenir davantage la colère, c'est un peu comme si vous décidiez de serrer davantage la vis du couvercle. Pour l'instant, il n'y a pas de catastrophe, mais le risque d'explosion continue de croître. Qu'est-ce que vous feriez pour résoudre le problème du Presto?... Bien sûr, on ferme le feu, on coupe la source de chaleur. Eh bien, ce feu, ce sont les multiples facteurs qui alimentent la colère. (On peut en nommer quelques-uns). Comme vous le constatez, ce plan d'action vise à bien identifier ces facteurs et à vous aider à apprendre à mieux les gérer. Bref, on vous apprend à baisser le feu!*

Des lectures complémentaires peuvent être très utiles. Vous trouverez un manuel pour la clientèle sur le site [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com). Il suit les mêmes étapes que le présent guide. Pour les patients qui lisent l'anglais et souhaitent un ouvrage plus détaillé, nous recommandons « *Anger Management for everyone* » de Tafrate et Kassinove (Tafrate & Kassinove, 2009). Il existe d'autres bons ouvrages s'adressant à un grand public (Davies, 2000; Dryden, 1996; Ellis & Tafrate, 1998; Nay, 2014; R. T. Potter-Efron, 2005).

### 5.3.2 Présenter la conceptualisation personnalisée

Vous présentez votre conceptualisation personnalisée à votre patient comme une série d'hypothèses élaborées à la lumière de l'évaluation. Vérifiez la compréhension et l'accord du patient. N'hésitez pas à lui exprimer vos incertitudes et à lui demander son opinion. Les auteurs du présent guide utilisent souvent le crayon de plomb pour rédiger les conceptualisations et n'hésitent pas à effacer, raturer et modifier le tout lors de la discussion avec le patient, mais

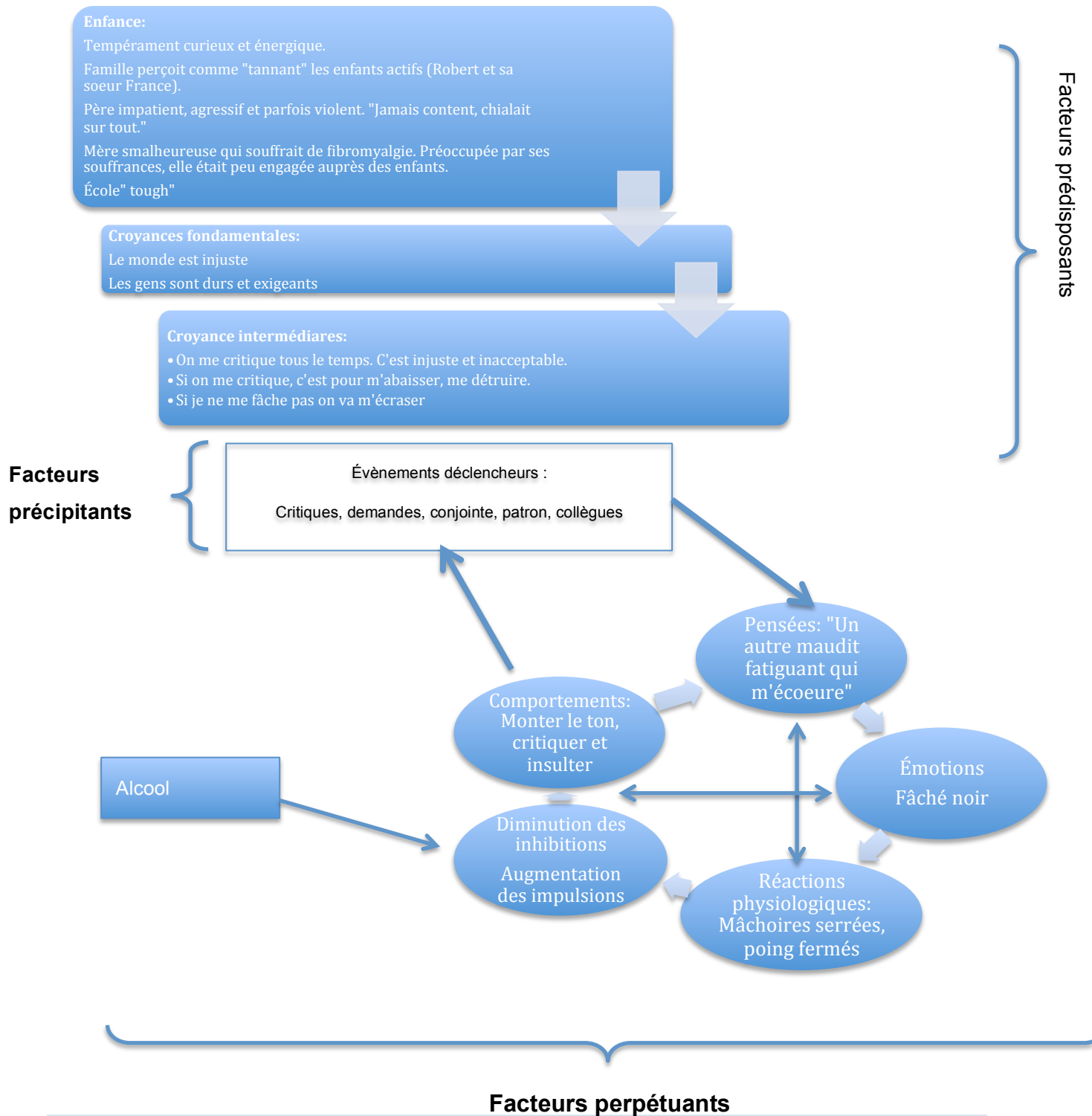


aussi tout au long du processus thérapeutique. Vous expliquez aussi que vous utiliserez cette conceptualisation et les objectifs du patient pour établir de manière collaborative, un plan d'intervention individualisé.

La conceptualisation longitudinale (facteurs prédisposants) et transversale (facteurs précipitants et perpétuants) peuvent s'inspirer du modèle présenté à la section 4 (figure 1). Vous voudrez cependant utiliser autant que possible les mots du patient et vous mettrez l'accent sur les facteurs les plus importants.

La figure 2 présente un exemple de conceptualisation personnalisée.

**Figure 2** Modèle cognitivo-comportemental de la colère: version personnalisée



### 5.3.3 Favoriser la motivation

La psychoéducation (section 5.3.1) et la présentation de la conceptualisation personnalisée (section 5.3.2) favorisent fréquemment la motivation du patient. Cependant, les personnes qui ont de la difficulté à gérer leur colère présentent souvent des difficultés importantes à trouver une motivation suffisante pour changer. Comme la colère est associée à des exigences pour le monde extérieur, le lieu de contrôle a tendance à être externalisé. Les patients peuvent parfois avoir le sentiment de donner raison aux agresseurs ou de laisser les autres abuser d'eux s'ils minimisent leur colère. Nous proposons quelques exercices pour consolider une motivation chancelante.

Il peut parfois être utile de prescrire un exercice qui consiste à noter les avantages et inconvénients de sa colère. On porte attention aux effets à court, moyen et long terme. C'est particulièrement important ici, car si la colère permet d'obtenir à court terme ce qu'on souhaite par intimidation, les conséquences à long terme sont souvent très lourdes. Si vous préférez, vous pouvez faire le même exercice en mettant l'accent sur le changement. Vous invitez le patient à imaginer sa vie s'il arrivait à diminuer sa colère. Perçoit-il des risques, des inconvénients ou des inquiétudes à cette éventualité? Quels pourraient être les avantages? (Feuille d'exercice disponible à la section 7.7).

Vous pouvez aussi suggérer à votre patient d'écrire un petit texte décrivant comment sera sa vie dans cinq ans s'il a développé une meilleure gestion de sa colère et ce qui se produira si le problème persiste ou s'accroît. Vous lui permettez ainsi de mesurer à quel point la colère nuit à ses relations, gâche sa qualité de vie, détériore sa santé et interfère avec l'accomplissement de ses projets de vie et l'actualisation de ses valeurs.

À la fin de ces exercices, vous pouvez inviter le patient à identifier les principales raisons pour lesquelles il souhaite mieux gérer sa colère. Il pourra ensuite rédiger une fiche thérapeutique qui résume les principaux facteurs de motivation qui ont été identifiés (modèles de fiche disponible à la section 7.8). Cette fiche pourrait s'intituler : « mes motivations ». Elle peut être mise à un endroit souvent regardé par le patient (frigo, agenda, téléphone cellulaire, fond

d'écran, etc.) pendant toute la durée de la thérapie et être consultée à chaque fois que la motivation est ébranlée.

Les techniques relevant de l'approche motivationnelle ([Miller & Rollnick, 2002](#)) sont souvent utiles ici.

Vous pouvez aussi suggérer au patient de parler de sa démarche visant à diminuer sa colère auprès de certains proches en qui il a confiance, dans le but de favoriser la persistance de la motivation dans le temps.

#### 5.3.4 Fixer des objectifs

Vous invitez le patient à réfléchir aux objectifs qu'il souhaite atteindre. Les principes généraux se retrouvent dans ([Chaloult et al., 2008](#)) p.167. Il identifie les objectifs qui sont les plus prioritaires à ses yeux. Les objectifs sont opérationnalisés pour les rendre plus concrets, observables et mesurables. On peut débiter l'exercice dans la séance puis demander au patient de le compléter chez lui et en rediscuter à la séance suivante.

Certaines personnes ont de la difficulté à identifier leurs objectifs. Dans cette situation, il est parfois plus facile de dresser une liste des problèmes puis de la transformer en liste d'objectifs. D'autres patients éprouvent de la difficulté à établir des priorités. Nous suggérons, dans un tel cas, d'établir la priorité à l'aide des deux questions suivantes : quels sont les problèmes qui interfèrent le plus avec le fonctionnement? Quels sont ceux qui provoquent le plus de souffrance? Face à une problématique de colère, il est particulièrement important de porter attention aux conséquences à moyen et long terme.

Le plan de traitement se basera sur les objectifs du patient, l'évaluation et la conceptualisation personnalisée.

#### 5.3.5 S'entendre sur le plan d'intervention et le contrat thérapeutique

Assurez-vous qu'il n'y a pas d'autre problématique plus prioritaire comme une psychose, une manie, un épisode dépressif majeur ou un problème important de consommation. Si tel est le cas, cette problématique devra généralement être traitée en premier.

Dans le cas contraire, le plan d'intervention de gestion de la colère sera négocié avec le patient en fonction de la conceptualisation et de ses objectifs. Le tableau 2 pourra vous servir de guide.

**Tableau 2 Planification du plan d'intervention**

Problème	<u>Significatif?</u> Oui ou non	Étape de traitement	Section
Étape utile pour tous		<b>Auto-observation</b>	5.5
Étape utile pour tous		<b>Évitements, « time out »</b>	5.6
Perturbation importante des cycles veille sommeil	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Régularisation des cycles circadiens</b>	5.7.1
Apathie ou isolement	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Activation</b>	5.7.2
Alcool, drogue ou autres substances	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Diminution de ces substances</b>	5.7.3
Renforcements des comportements agressifs	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Gestion des contingences</b>	5.8
Utile pour tous à des degrés divers		<b>Aspects cognitifs</b>	5.9
Déficit d'affirmation de soi	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Affirmation de soi</b>	5.10.1
Déficit d'habileté en résolution de problèmes	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> →	<b>Technique de résolution de problèmes</b>	5.10.2
Souvent utile pour intégrer et mettre en pratique		<b>Exposition</b>	5.11
Utile pour tous		<b>Terminaison et prévention des rechutes</b>	5.12

## 5.4 Ajustement des médicaments si indiqués

Voir section 3 : traitement pharmacologique.

## 5.5 Auto-observation

L'auto-observation peut aussi se faire plus tôt dans le processus. On va parfois la débiter tout de suite après l'évaluation, surtout si le patient est très motivé.

Il existe plusieurs types de grilles d'auto-observation de la colère. Vous en trouverez une très détaillée dans cet ouvrage : « *Anger Management for Everyone* » ([Tafrate & Kassinove, 2009](#)). Nous vous proposons la version adaptée à nos besoins à la section 7.6.

Vous expliquerez au patient, la façon de compléter la grille d'auto-observation des épisodes de colère, puis faites un exemple récent avec lui. Il pourra ensuite poursuivre l'auto-observation en travail à domicile. Finalement, vous étudierez attentivement les épisodes de colère rapportés par le patient pour bien en saisir toutes les dimensions. Cet exercice est particulièrement pertinent au début du traitement, mais il est parfois utile de le poursuivre jusqu'à la terminaison pour observer l'évolution.

Grâce à l'auto-observation, votre patient observe ses épisodes de colère. Il apprend à en identifier les premiers signes. Il développe sa capacité d'estimer l'intensité de sa colère. Ces aptitudes lui permettront d'appliquer les outils thérapeutiques cognitifs et les habiletés qu'il développera (sections 5.9 et 5.10) en intervenant plus tôt dans l'escalade de la colère. Il pourra aussi identifier les moments où le niveau de colère est trop élevé et il devra alors apprendre à prendre une distance des éléments déclencheurs.

## 5.6 Prendre une distance des éléments déclencheurs

### 5.6.1 Physiquement : l'évitement, le « *time out* »

Il faut apprendre à sortir d'une situation lorsque la colère est très élevée et qu'on risque de dire des paroles ou de poser des gestes regrettables. Vous pouvez expliquer à votre patient que les émotions intenses inhibent les zones cérébrales qui aident à réfléchir d'une manière posée. Ceci nous permet d'agir rapidement sans perdre trop de temps à réfléchir, ce qui est utile lorsque notre vie est en danger. Cependant, la plupart du temps, réagir instinctivement et impulsivement ne fait qu'aggraver une situation déjà difficile. C'est pour cette raison qu'il est important de reconnaître les moments où la colère est d'une intensité telle que nous risquons de parler ou d'agir de façon regrettables. Dans ces situations, il est préférable de gagner du temps en quittant la situation.

Après avoir expliqué cette technique, servez-vous de la grille d'auto-observation pour identifier les principaux déclencheurs des colères les plus vives. Vous pouvez ensuite aider le patient, à partir de ces exemples, à planifier les meilleures façons de prendre une distance.

On peut utiliser l'analogie du feu de circulation (([Davies, 2000](#)) p.151). Si la colère est de faible intensité et n'interfère pas avec une réaction optimale, c'est un feu vert et on ne fait que continuer à garder un œil sur son intensité pour s'ajuster si elle augmente. On s'entend avec le patient sur l'intensité qui correspond chez lui à ce niveau de façon générale, par exemple, une colère inférieure à 4/10. Si la colère est d'une intensité moyenne et commence à interférer, c'est un feu jaune. On peut rester dans la situation, mais on cesse de parler et d'agir : « *freeze* ». On s'entend avec le patient sur l'intensité qui correspond chez lui à ce niveau de façon générale, par exemple, une colère de 4 à 7/10. Si la colère est de forte intensité et si on risque de ne pas arriver à contenir sa réaction, le feu est alors rouge et il est préférable de fuir, c'est-à-dire de quitter la situation. On pourra affronter celle-ci à nouveau lorsque le feu de circulation sera passé au vert.

Vous pouvez aider le patient à préparer une façon d'expliquer brièvement les raisons pour lesquelles il quitte la situation. Même s'il est souhaitable de le faire brièvement et respectueusement avant de partir, il est quand même préférable de quitter sans s'expliquer plutôt que de s'emporter. Le patient peut même aviser à l'avance certains de ses proches qu'il travaille sur sa colère et qu'il pourrait à l'avenir quitter temporairement une situation pour prendre le temps de réfléchir, lorsque la colère est trop intense.

Revoyez la grille d'auto-observation et identifiez certaines situations où il aurait été utile d'appliquer cette stratégie. Précisez avec le patient de quelle façon il aurait pu l'appliquer. Les jeux de rôles peuvent être très pertinents à cette étape. Il pourra finalement mettre le tout en pratique dans ses travaux à domicile et noter les résultats sur sa grille d'auto-observation pour que vous puissiez en discuter lors des rendez-vous suivants, ce qui permettra de peaufiner la technique.

La fuite permet de limiter les dégâts, mais il est aussi important de pouvoir affronter ces situations difficiles de façon constructive. Les outils présentés dans le reste du protocole visent à permettre d'y faire face sans que la colère s'enflamme à nouveau.

### **5.6.2 Psychologiquement : distraction, relaxation et techniques inspirées de la 3<sup>e</sup> vague**

Ces techniques s'appliquent généralement lorsque l'émotion est un peu moins intense. Il s'agit d'une gamme d'outils de tolérance à la détresse. Vous choisirez ceux qui ont le plus de chance de convenir à votre patient.

La distraction peut être un bon outil pour limiter les ruminations agressives. Vous pourriez par exemple aider votre patient à développer son habileté à changer de sujet lorsqu'une conversation devient trop à risque. (Notons qu'il est parfois souhaitable d'aborder ces sujets délicats et la section 5.10 aidera à améliorer les habiletés nécessaires pour y arriver sans colère excessive). Il peut aussi dresser une liste d'activités apaisantes qu'il pourra consulter lorsque la colère monte. Les activités motrices, captivantes et celles qui demandent un effort de



concentration permettent de se distraire plus efficacement des ruminations agressives. Rappelons qu'il s'agit bien de se distraire de son agressivité et non de la canaliser ailleurs. Il faut éviter les activités où la colère s'exprime autrement (jeux vidéo violents, sac de boxe, etc.), car elles ont tendance à augmenter la colère.

La pratique régulière de techniques de rééducation respiratoire, de relaxation ou de méditation permet de développer une plus grande habileté à se détendre ou à prendre une distance face aux événements du quotidien. Ces techniques ne sont pas toujours nécessaires et ne conviennent pas à tous les patients. Certains peuvent en bénéficier grandement et les ajouteront à leur coffre à outils de tolérance à la détresse.

Pour plus de détails sur ces trois techniques, vous pouvez consulter notre site internet [www.tccmonreal.com](http://www.tccmonreal.com). La rééducation respiratoire est décrite brièvement dans le guide portant sur le trouble panique que vous trouverez dans la section « les guides » du site internet. Dans la même section, vous retrouverez un guide portant sur la relaxation progressive de Jacobson de même que des instructions et des fichiers audio. Pour ce qui est de la méditation, vous retrouverez plusieurs liens dans la section « liens utiles », dont les enregistrements de l'équipe du Dr Ngô et ceux de Frédérick Dionne. Il existe aussi d'excellents volumes grand public qui incluent des enregistrements audio ([André, 2011](#); [Colette, Kabat-Zinn, & Giraudeau, 2011](#)).

Lorsque vous complétez cette étape, il peut être utile d'inviter votre patient à rédiger une fiche thérapeutique où il notera dans ses mots les outils qui l'aident à prendre une distance (voir l'exemple ci-dessous, figure 3).

**Figure 3: Exemple de fiche thérapeutique qui résume les outils utiles pour prendre une distance**

**Mes outils pour prendre une distance**

- *Colère plus forte que 8/10 : feu rouge!*
  - *Je m'excuse et je sors de la situation*
- *Colère entre 4 et 7/10 : feu jaune*
  - *Je respire par le ventre, lentement*
  - *J'évite de répliquer ou de réagir*
- *Continuer la relaxation le matin une ou deux fois par semaine*

## 5.7 Hygiène de vie

### 5.7.1 Sommeil et cycles circadiens

Lorsque les cycles circadiens ou le sommeil sont perturbés de façon significative, il peut être utile de corriger ces problèmes. Dans le doute, on peut demander de compléter quotidiennement un agenda de sommeil simplifié pendant une semaine ou deux. Nous vous référons pour plus de détails au guide de pratique insomnie, dans la section « les guides » de notre site internet [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com).

### 5.7.2 Activités et engagements

Lorsque l'apathie est très marquée, cet aspect peut devenir prioritaire et l'activation comportementale sera indiquée. Pour plus de détails sur cette approche nous vous référons au guide de pratique dépression, section 5.5 ou au guide d'activation comportementale du CISSS de l'Est de l'île de Montréal dans la section « les guides » de notre site internet [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com). Il existe aussi d'excellents volumes sur le sujet ([Addis & Martell, 2009](#); [Martell, Dimidjian, Herman-Dunn, & Lewinsohn, 2010](#)).

### 5.7.3 Alcool, drogues et autres substances

Lorsqu'ils sont significatifs, les problèmes de consommation d'alcool ou de drogue sont souvent des priorités de traitement. De multiples ressources sont disponibles. Il existe au Québec un centre d'aide et de référence pouvant aider votre patient à trouver la ressource qui lui convient dans sa région : Centre d'aide et de référence, 1 800 265-2626 ou <http://www.drogue-aidereference.qc.ca/www/index.php?locale=fr-CA>. Pour la France : Drogue Info-Service, 0 800 23 13 13, <http://www.drogues-info-service.fr>.

## 5.8 Gestion des contingences

### 5.8.1 Renforçateurs internes

Vous pouvez aider votre patient à identifier les comportements qui ont tendance à renforcer sa colère : ton de voix, débit verbal, jurons, tension musculaire, posture, poings serrés, gestes brusques, regard dur, etc. À ce stade, on l'invite simplement à tenter de limiter autant que possible ces comportements dans les situations où il ressent de la frustration ou de la colère et à observer le résultat avec la grille d'auto-observation. La relaxation et la méditation (section 5.6.4) peuvent faciliter l'atteinte de cet objectif. À l'étape 5.10.1 on pourra travailler plus

spécifiquement, si nécessaire, les habiletés sociales et l'affirmation de soi si celles-ci sont déficientes.

La thérapie comportementale dialectique rapporte qu'en adoptant une posture et une expression exactement inverse à celle ressentie, il devient possible de retarder, de diminuer, voire d'interrompre une émotion négative. On peut par exemple garder les mains ouvertes vers le haut lorsque l'on a envie de frapper notre interlocuteur, on peut murmurer plutôt que crier, respirer lentement et profondément plutôt qu'hyperventiler.

### 5.8.2 Renforceurs externes

Les comportements colériques permettent parfois d'obtenir ce qu'on souhaite à court terme même si leurs inconvénients sont généralement beaucoup plus importants à long terme. Les renforceurs ou inconvénients (punitions) qui surviennent immédiatement après l'émission du comportement ont un effet beaucoup plus puissant que ceux qui sont plus éloignés dans le temps. C'est ce qu'on appelle le principe de contiguïté. Ici, comme la plupart du temps, les renforceurs sont surtout immédiats et les conséquences négatives plus tardives, les comportements ont tendance à se maintenir.

Les conséquences de la colère ont déjà été abordées dans le cadre de la psychoéducation et l'auto-observation (section 5.3 en particulier). Ce travail aide à porter attention aux conséquences nuisibles qui sont souvent plus tardives. Ainsi, le patient peut mieux comprendre pourquoi les comportements agressifs ont tendance à se maintenir même s'ils sont globalement désavantageux pour lui. Les fiches thérapeutiques suggérées à la section 5.3.3 (fiches thérapeutiques 7.7 avantages et inconvénients, et 7.8 mes motivations) peuvent être consultées régulièrement pour aider le patient à se souvenir du lourd tribut qu'il doit payer.

Il arrive parfois qu'un proche joue un rôle particulièrement important dans le renforcement des comportements agressifs. Il est alors parfois utile d'intervenir auprès de cette personne avec l'accord et la collaboration du patient. Par la suite, les prescriptions écrites de travaux à domicile peuvent constituer une façon simple de la garder au courant de l'évolution de

la thérapie lorsque la relation est assez saine pour le permettre sans effet pervers (exemple d'effet pervers : un proche qui surveille le patient et lui reproche durement chaque incartade par rapport à ces prescriptions).

## 5.9 Les aspects cognitifs

### 5.9.1 Au niveau des pensées immédiates

Il est parfois utile de travailler de manière systématisée dans le but d'aider le patient à réévaluer le discours intérieur qui alimente sa colère. Dans ce cas, vous utiliserez le tableau d'enregistrement des pensées automatiques (section 7.9) en mettant l'accent sur les situations où les émotions de la famille de la colère sont présentes. À l'aide de ce tableau, le patient apprend à identifier les pensées qui alimentent sa colère. Il identifie leurs caractéristiques et il pratique ensuite diverses stratégies pour les remettre en perspective : correction des distorsions cognitives, questionnement socratique, distanciation par rapport aux pensées, etc.

Pour une description détaillée de l'approche cognitive au niveau des pensées immédiates, vous pouvez vous référer aux chapitres 6, 7 et 13 du manuel de Chaloult et coll. ([Chaloult et al., 2008](#)), au guide de thérapie cognitive pour les patients qui sera ajouté sous peu sur notre site internet ( [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com) ) ou à l'ouvrage de Judith Beck ([J. S. Beck, 2011](#)).

### 5.9.2 Au niveau des croyances intermédiaires

#### 5.9.2.1 Les attitudes dysfonctionnelles de base de Ellis

Les travaux d'Ellis ont été utilisés dans la grande majorité des protocoles TCC de gestion de la colère. Pour une présentation plus générale du modèle de Ellis, nous vous suggérons le chapitre 8 du volume de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)).

Voici les quatre attitudes dysfonctionnelles de base d'Ellis :

- Les exigences, « Il faut... », « *Must* ».
- La dramatisation, « C'est grave », « *awfulizing* ».
- La non-acceptation, « Je ne le prends pas, intolérable », « *I can't stand it* ».
- Le jugement global sur la valeur personnelle.

Elles sont en fait les quatre facettes d'un même prisme. Elles alimentent particulièrement les émotions de la famille de la colère et de la culpabilité. À la base de cette tétrade, on retrouve l'exigence (« il faut »). Dans la culpabilité, cette exigence se tourne vers soi-même alors que dans la colère, elle se tourne vers le monde extérieur. L'intensité de ces attitudes varie sur un continuum. Imaginons par exemple, une personne qui ressent de la colère parce que le restaurateur lui a servi un café qu'elle trouve mauvais. L'exigence sous-jacente pourrait être formulée ainsi : « On ne devrait jamais servir de mauvais café dans un restaurant ». Plus cette exigence est rigide, plus le fait d'enfreindre cette règle sera perçu comme étant grave et intolérable, plus la personne ou l'institution qui a enfreint la règle sera jugée sévèrement et plus la colère sera intense.

Le patient est amené à observer ce phénomène en action lorsqu'il se met en colère. Graduellement, il diminuera sur le continuum le degré d'exigence (« Y a-t-il une loi qui dit ça? Remplaçons nos exigences par des préférences »), la dramatisation (« Est-ce vraiment grave? »), la non-acceptation (« Acceptons l'inévitable, il y va de notre intérêt ») et les jugements globaux et sévères qui en découlent. On peut utiliser pour ce faire, le tableau d'enregistrement des attitudes dysfonctionnelles de base (section 7.10) qui est une adaptation du tableau d'enregistrement des pensées automatique. Le patient peut identifier les formes spécifiques que prennent ces pensées chez lui. On retrouvera souvent des expressions qui reviennent fréquemment dans le cours de la pensée (« il faut, il doit, ça n'a pas de bon sens, pas d'allure, quelle horreur, c'est l'enfer, la galère, qui est l'imbécile, l'idiot, l'épais, le con, c'est inacceptable, intolérable... »). On peut aussi observer la relation étroite entre l'importance de ces attitudes dysfonctionnelles et l'intensité de la colère. Cette notion de continuum permet de diminuer graduellement ces attitudes sans pour autant donner le sentiment au patient qu'il « donne raison à l'offenseur ».

### 5.9.2.2 Les croyances à propos de l'utilité de la colère

Ces pensées ont déjà été abordées et discutées via la psychoéducation à propos de la colère (section 5.3.1) et lors de l'exercice portant sur les avantages et inconvénients de la colère (section 5.3.3 et 7.7). On peut parfois les préciser en utilisant une question qui ressemble à la suivante : « Quelles conséquences craignez-vous si vous abandonniez la colère? » Elles peuvent être travaillées de la même manière que les pensées à propos de l'utilité de s'inquiéter chez les patients qui souffrent d'un trouble anxieux généralisé.

### 5.9.2.3 L'empathie

L'empathie est un bon antidote à la colère. Sans nécessairement approuver le comportement de la personne perçue comme étant l'offenseur, on peut essayer de comprendre son point de vue et de se mettre dans sa peau ce qui permet souvent de diminuer la colère. On peut présenter ce sujet à l'aide d'exemples où la colère a fondu lorsqu'on a mieux compris l'autre. On peut inviter le patient à s'intéresser au point de vue de son interlocuteur et à observer l'effet de cette action sur l'intensité de sa colère. Potter-Effron ([R. Potter-Effron, 2012](#)) suggère d'enseigner l'utilisation de diverses questions qui aident à développer l'empathie. En voici quelques exemples. « Qui est cette personne? Comment voit-elle la situation? Comment pense-t-elle? Comment se sent-elle? Qu'est-ce qui est le plus important pour elle? Que peut-on apprendre d'elle? En quoi est-elle différente de moi? En quoi me ressemble-t-elle? Comment ça serait de se sentir comme elle? »

Au besoin, on peut soutenir ces efforts grâce au journal d'auto-observation. On peut aussi utiliser les jeux de rôles et les inversions de rôles.

## 5.9.3 Au niveau des croyances fondamentales

Le travail approfondi au niveau des croyances fondamentales relève généralement de thérapies plus introspectives et plus longues. Plusieurs modèles cognitifs se sont intéressés à ces aspects. Citons le modèle de Beck ([\(J. S. Beck, 2011\)](#) ch. 14) et de Young ([Young, Klosko,](#)

[& Weishaar, 2006](#)). Vous retrouverez aussi dans le volume de Chaloult ([Chaloult et al., 2008](#)) un résumé de ces approches tant sur le plan théorique que pratique (chapitres 7, 9, 14 et 15).

Dans le cadre d'une thérapie brève portant sur la gestion de la colère, ces croyances fondamentales ne seront pas abordées systématiquement. Parfois cependant certaines croyances fondamentales peuvent apparaître de manière flagrante lors du travail cognitif. Lorsque la colère constitue un problème important, le monde et les autres sont souvent perçus comme menaçants, impitoyables, durs... La feuille de travail sur les croyances de J. Beck (section 7.11) peut parfois être utilisée pour cette fin. Comme il ne s'agit pas ici d'un protocole de thérapie introspective au long cours, nous suggérons de travailler cet aspect en fin de thérapie, seulement si nécessaire.

## 5.10 Amélioration des habiletés

### 5.10.1 Affirmation de soi

Les personnes colériques ont tendance à exprimer leur désaccord de façon véhémence. Pour cette raison, comme clinicien, vous pouvez avoir tendance à sous-estimer les déficits d'affirmation de soi de vos patients colériques. Ce problème est pourtant très fréquent chez cette clientèle. Le manque d'affirmation de soi peut faire en sorte que le patient accumule de la frustration, car il n'arrive pas à exprimer adéquatement son désaccord ou son insatisfaction. La colère devient alors le résultat d'un débordement de frustrations accumulées.

De façon plus générale, l'affirmation de soi, la soumission, la manipulation et les comportements hostiles sont les quatre grandes modalités de comportements interpersonnels. On comprendra que le développement des habiletés du patient à recourir au comportement interpersonnel adaptatif qu'est l'affirmation permettra de diminuer les comportements hostiles.



L'affirmation de soi consiste à exprimer ses pensées, ses émotions et ses opinions et à défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée. C'est une habileté qui s'acquiert suite à un patient entraînement.

L'affirmation empathique consiste à reconnaître dans un premier temps les droits, émotions et opinions de l'autre et dans un deuxième temps, à exprimer les siens.

Ex. : Un jeune homme recevant de son père des conseils qu'il ne désire pas répond : «Tu veux mon bien et je le comprends, mais je préfère prendre mes propres décisions».

Le langage formulé à la première personne («I language» en anglais) consiste à utiliser le «je» plutôt que le «tu» ou du «vous», ce qui permet d'exprimer des pensées, émotions ou opinions désagréables (désapprobation, irritation, colère) tout en évitant d'accuser l'autre. Celui-ci peut comporter les quatre étapes suivantes :

- «Quand... (l'interlocuteur décrit objectivement le comportement de l'autre).
- «...les effets sont... (l'interlocuteur décrit quel est l'effet concret du comportement de l'autre sur sa vie ou ses émotions).
- «...je ressens... (l'interlocuteur décrit ses émotions).
- «...je préférerais... (l'interlocuteur décrit ce qu'il désire à l'avenir).

Ex. : Un individu s'adresse à un collègue en retard à un rendez-vous sans raison valable : «Je suis très contrarié; nous n'aurons pas le temps de terminer notre travail et je n'aime pas attendre de la sorte. À l'avenir, je tiens absolument à ce que tu arrives à temps ».

Après avoir présenté différents aspects théoriques de l'affirmation de soi, vous pourrez aider votre patient à les appliquer dans son quotidien à l'aide de jeux de rôles, de fiches thérapeutiques et d'exercices à domicile. Les situations suivantes sont parmi les plus fréquentes :

- Faire des demandes
- Refuser des demandes
- Exprimer des sentiments et de l'affection
- Accepter les compliments ou l'expression de l'affection
- Formuler une critique ou exprimer de la colère

- Faire face à la critique ou à la colère des autres
- Mettre un terme à l'affrontement

Pour vous aider à travailler cet aspect, nous vous recommandons notre guide portant sur l'affirmation de soi que vous pourrez retrouver dans la section « les guides » et dans la section « grand public » de notre site internet ([www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)). Il peut être utilisé par les thérapeutes et les patients.

### 5.10.2 Technique de résolution de problème

Des déficits dans les habiletés à résoudre des problèmes peuvent aussi favoriser la colère. Il nous a semblé qu'il était moins souvent nécessaire de travailler cette habileté que les difficultés d'affirmation. Cependant si votre patient présente de nets déficits en la matière, vous pouvez recourir à la fiche de résolution de problème que vous trouverez à la section 7.12. Il est souvent utile de mettre l'accent sur les problèmes interpersonnels. Le patient apprend alors à identifier plusieurs façons de réagir à la situation. En réfléchissant aux avantages et inconvénients des différentes options, il peut réaliser que la réaction agressive engendre de nombreuses conséquences néfastes et que d'autres options sont plus avantageuses.

## 5.11 Exposition

Ces exercices permettent de se familiariser avec les différents outils travaillés précédemment et facilitent leur généralisation dans le milieu naturel du patient. Ils ont été intégrés dans quelques-uns des protocoles de gestion de la colère les plus récents. Pour plus de détails, nous vous référons à l'excellent chapitre 12 du volume de Kassinove et Tarfrate ([Kassinove & Tarfrate, 2002](#)).

Les principes s'apparentent un peu aux exercices d'exposition avec prévention de la réponse utilisés dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif. Il s'agit d'identifier divers

déclencheurs, puis de s'y exposer graduellement en modifiant la réponse. Dans le TOC, on évite de faire les rituels, ici on évite les réponses de colère qu'on tente de remplacer par des réponses mieux adaptées (calme, affirmation, empathie, etc.). Présentons brièvement les principales étapes.

- **Se questionner sur la présence de contre-indications**

- Le patient est en phase précontemplative par rapport à ses comportements agressifs. Il les trouve entièrement justifiés et ne voit pas de problème avec ces réactions violentes.
- Il présente un problème actif de consommation de drogue ou d'alcool.
- Il souffre d'un trouble de l'humeur ou une psychose active.
- On retrouve dans son histoire des comportements violents importants.
- Il présente des caractéristiques antisociales.

En présence de ces caractéristiques, les exercices d'exposition doivent être évités ou effectués avec une très grande prudence.

- **Psychoéducation**

Vous expliquerez bien à votre patient que le but de ces exercices n'est pas de favoriser la passivité ni la soumission. Il s'agit plutôt d'apprendre à faire face aux situations aversives qui déclenchent de la colère sans s'emporter, ce qui lui permettra d'intégrer de mieux en mieux des outils plus appropriés comme la relaxation, la pleine conscience, la distanciation, l'écoute attentive, l'attitude calme et réfléchie, l'affirmation de soi respectueuse, mais claire et ferme, de l'empathie, la résolution de problème constructive, etc.

- **Identifier les déclencheurs**

Lorsque le patient a appris à observer les épisodes de colère (cf. section 5.5.), il a déjà débuté subtilement l'exposition. En effet, à cette étape, le patient complète à la maison la fiche d'auto observation et vous discutez des diverses situations aversives qui ont déclenché de la colère. Lors de cette discussion en séance, il ne s'agit pas d'inviter le patient à revivre et exprimer sa colère de la même façon. Pratiquer la colère ne fait que l'augmenter. Vous allez encourager votre patient à évoquer la situation aversive en restant le plus calme possible et en exprimant son insatisfaction d'une manière plus adéquate. Ainsi, vous débutez déjà l'exposition

en modifiant la réponse. Comme vous pouvez le constater, en abordant les épisodes de colère de cette façon lors des séances de thérapie, on introduit graduellement ces expositions.

Lorsque vous abordez directement l'exposition, regardez à nouveau les déclencheurs avec votre patient pour identifier les éléments auxquels il semble le plus sensible. Voici un exemple pour illustrer la façon de préciser les divers facteurs qui contribuent au déclenchement. Un patient réagit vivement aux situations où sa conjointe lui fait des reproches, en particulier s'il perçoit du mépris. Il s'enflamme davantage lorsque ce reproche est formulé avec un débit accéléré, un regard fixe et en pointant le doigt.

- **Exposition verbale**

Vous faites des jeux de rôle avec le patient où vous reproduisez les éléments déclencheurs en ajustant le niveau de difficulté pour que le patient ressente une colère tolérable qu'il arrive à contrôler. Vous l'aidez à utiliser efficacement les diverses stratégies apprises précédemment en thérapie en observant l'effet sur la colère. Si on reprend l'exemple du paragraphe précédent, on pourrait imaginer un exercice où le thérapeute joue le rôle de la conjointe et lui fait un reproche sans trop mettre d'intensité. Il vérifie avec le patient l'intensité de l'émotion et répète la scène en s'ajustant. Il discute avec le patient des outils qu'il peut utiliser pour rester calme. Supposons qu'ils en viennent à la conclusion qu'il pourrait utiliser la détente de ses épaules, une respiration lente et se dire que sa conjointe est parfois exigeante, mais qu'il aime sa chaleur humaine et sa vivacité. Il pratique à nouveau la scène avec son thérapeute en utilisant ces outils puis vérifie le résultat. Après avoir appris à mieux gérer et tolérer l'inconfort, on pourrait travailler la même scène en pratiquant les meilleures façons de répondre, de s'affirmer.

- **Exposition en imagination**

Vous pouvez utiliser parallèlement des techniques d'exposition en imagination. Pour ce faire, vous choisissez avec votre patient une situation qui est un prototype de ce qui déclenche de la colère. Si vous prévoyez que ce sera difficile, vous pouvez choisir deux situations et débiter par la moins difficile. Vous aidez ensuite votre patient à rédiger un scénario d'exposition en imagination (voir les instructions et la fiche à la section 7.13). Une fois le scénario complété, un premier exercice d'exposition en imagination pourra être pratiqué pendant la séance de thérapie. Vous pouvez débiter par un bref exercice de relaxation ou de centration. Vous montrerez ensuite au patient comment on remplit une grille d'auto-observation des exercices

d'exposition (7.14). Il peut être utile d'enregistrer l'exercice d'exposition pour faciliter l'exposition à domicile. Le patient pourra ensuite pratiquer par lui-même à la maison. Comme pour l'exposition verbale, ces exercices peuvent être utilisés pour améliorer la tolérance à la détresse et diminuer l'inconfort provoqué par l'exposition aux déclencheurs. Ils peuvent aussi être combinés aux autres outils comportementaux et cognitifs pratiqués précédemment pour améliorer la réponse.

- **Exposition in vivo**

Vous invitez ici votre patient à faire face de façon graduelle aux déclencheurs de colère sans s'emporter et en intégrant les divers outils de TCC qu'il a développés. Vous pouvez choisir quelques déclencheurs particulièrement pertinents. Vous aidez votre patient à se préparer. Vous pouvez même pratiquer l'exposition avec lui sous forme de jeux de rôle. Les meilleures stratégies pourront être inscrites sur une fiche thérapeutique. Après avoir fait l'exposition in vivo, le patient notera ces exercices sur la grille d'auto observation des exercices d'exposition in vivo (section 7.14). Le retour sur ces exercices permet ensuite de peaufiner le travail. Ces travaux à domicile favorisent une intégration des outils et la généralisation des changements dans le milieu naturel.

## 5.12 Terminaison et prévention des rechutes

### 5.12.1 Résumé de thérapie

On invite le patient à parcourir toutes ses notes de thérapie et à rédiger un résumé très personnel qui identifie les éléments les plus utiles pouvant être utilisés advenant un retour des symptômes. Pour ce faire, on peut utiliser la fiche pour le résumé de thérapie à la section 7.15.

### 5.12.2 Fiche de prévention des rechutes

Cette fiche thérapeutique s'intitule : «Est-ce que je fais une rechute?» Elle sert à identifier les symptômes précurseurs de rechute et à prendre sans tarder les mesures nécessaires. Elle se trouve à la section 7.16. La première section vise à identifier les situations à risque. Dans la deuxième section, le patient décrit les premiers signes qui se manifestent lors d'un début de rechute. Dans la troisième section, il identifie les mesures à prendre en cas de rechute.

### 5.12.3 Entrevues de consolidation

On sait que les modifications comportementales se consolident au fil du temps. Au début, le risque de retour aux anciens comportements est plus élevé. Cependant, lorsque les changements se maintiennent pour plusieurs mois, ils ont tendance à se consolider et à persister à long terme. C'est pourquoi on offre aux patients de les revoir après quelques mois une fois la thérapie complétée. Une ou deux entrevues de consolidation sur 3 à 12 mois seront le plus souvent suffisantes. Si le patient est plus fragile, on peut espacer les rendez-vous plus graduellement.

## Section 6 : Déroulement du traitement

Nous ne proposons pas de plan de déroulement du traitement dans ce guide, car il est appelé à varier de façon importante selon les besoins de chaque patient. Même en groupe, l'application sera très différente en fonction de la clientèle cible (contrevenants, groupes d'entraide pour hommes violents, déficients intellectuels, etc.).

## **Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement**



## 7.1 Échelle clinique de colère, Clinical Anger Scale (CAS) ([Snell et al., 1995](#))

## Clinical Anger Scale (CAS), (Snell et al., 1995)

Version française non validée. Traduite et utilisée avec l'autorisation de l'auteur.

### Échelle clinique de colère

INSTRUCTIONS: Les énoncés ci-dessous cherchent à documenter vos émotions. Chacune des 21 questions comprend quatre choix de réponse.

Pour chacune des questions, lisez chaque énoncé et choisissez celui qui reflète le mieux vos sentiments. **Entourez la lettre de l'énoncé qui correspond le mieux à la façon dont vous vous sentez.** Maintenant, allez-y et répondez aux questions. Assurez-vous de répondre à toutes les questions, même si vous n'êtes pas certain de votre choix. Assurez-vous de ne sélectionner qu'**un seul énoncé** pour chacune des 21 questions.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS AVEC TRANSPARENCE. SI VOUS VOUS EN SENTEZ INCAPABLE ACTUELLEMENT, IL EST PRÉFÉRABLE DE NE PAS REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.

1.
  - A. Je ne me sens pas en colère.
  - B. Je me sens parfois en colère.
  - C. Je suis en colère la plupart du temps.
  - D. Je suis tellement en colère et hostile tout le temps que je ne peux pas le supporter.
2.
  - A. Je ne suis pas particulièrement en colère à propos de mon avenir.
  - B. Quand je pense à mon avenir, je me sens en colère.
  - C. Je me sens en colère lorsque je dois attendre ou patienter.
  - D. Je me sens très en colère à propos de mon avenir, puisqu'il ne peut être amélioré.
3.
  - A. Je deviens fâché lorsque je me sens nul.
  - B. Je suis fâché d'avoir échoué plus que la moyenne des gens.
  - C. Lorsque je pense à la vie que j'ai vécue, je me sens en colère contre mes échecs.
  - D. Je suis fâché de me sentir comme un échec complet en tant que personne.
4.
  - A. Je ne suis pas tellement en colère.
  - B. Je deviens plus hostile que je ne l'étais face à tout ce qui se passe.
  - C. Je suis assez en colère face à tout ce qui se passe de nos jours.
  - D. Je suis fâché et hostile face à tout.
5.
  - A. Je ne me sens pas particulièrement hostile face aux autres.
  - B. Je me sens hostile une bonne partie du temps.
  - C. Je me sens assez hostile la plupart du temps.
  - D. Je me sens hostile tout le temps.

- 6.
- A. Je ne pense pas que d'autres cherchent à m'embêter.
  - B. Parfois, je pense que les gens essaient de m'ennuyer.
  - C. Plus de gens que d'habitude commencent à me faire sentir en colère.
  - D. Je pense que les gens provoquent constamment et intentionnellement ma colère.
- 7.
- A. Je ne me sens pas en colère quand je pense à moi-même.
  - B. Je me sens plus en colère contre moi-même ces jours-ci qu'auparavant.
  - C. Je me sens en colère contre moi-même une bonne partie du temps.
  - D. Quand je pense à moi, je ressens une colère intense.
- 8.
- A. Je n'ai pas de sentiment de colère à l'idée que des gens m'auraient gâché la vie.
  - B. Je commence à ressentir de la colère parce que des gens me gâchent la vie.
  - C. Je me sens en colère parce que des gens me gâchent la vie.
  - D. Je suis constamment en colère parce que des gens m'ont rendu la vie totalement misérable.
- 9.
- A. Je ne me sens pas assez en colère pour blesser quelqu'un.
  - B. Parfois, je suis tellement en colère que j'ai envie de blesser les autres, mais je ne le ferais pas.
  - C. Ma colère est si intense que j'ai parfois envie de blesser les autres.
  - D. Je suis tellement en colère que je voudrais vraiment blesser quelqu'un.
- 10.
- A. Je ne crie pas après les gens plus que la moyenne.
  - B. Je crie après les gens plus souvent qu'avant.
  - C. Je crie après gens tout le temps maintenant.
  - D. Je crie après les autres si souvent que parfois je ne peux pas m'arrêter.
- 11.
- A. Les choses ne sont pas plus irritantes pour moi maintenant que d'habitude.
  - B. Je me sens légèrement plus irritée maintenant que d'habitude.
  - C. Je me sens énervé une bonne partie du temps.
  - D. Je suis irrité tout le temps maintenant.
- 12.
- A. Ma colère n'interfère pas avec mon intérêt pour les autres.
  - B. Ma colère interfère parfois avec mon intérêt pour les autres.
  - C. Je deviens tellement en colère que je ne veux pas avoir des gens autour de moi.
  - D. Je suis tellement en colère que je ne supporte pas d'avoir des gens autour de moi.

- 13.
- A. Je n'ai pas de sentiment persistant de colère qui influence ma capacité de prendre des décisions.
  - B. Mes sentiments de colère minent parfois ma capacité de prendre des décisions.
  - C. Je suis fâché au point où cela interfère avec mes décisions.
  - D. Je suis tellement en colère que je ne peux plus prendre de bonnes décisions.
- 14.
- A. Je suis si peu en colère que cela n'interfère pas avec mes relations.
  - B. Les gens m'évitent parfois parce que je deviens en colère.
  - C. Le plus souvent, les gens restent loin de moi parce que je suis hostile et en colère.
  - D. Les gens ne m'aiment plus parce que je suis constamment en colère.
- 15.
- A. Mes sentiments de colère n'interfèrent pas avec mon travail.
  - B. De temps en temps, mes sentiments de colère interfèrent avec mon travail.
  - C. Je me sens si en colère que cela interfère avec ma capacité à travailler.
  - D. Mes sentiments de colère m'empêchent complètement de travailler.
- 16.
- A. Ma colère n'interfère pas avec mon sommeil.
  - B. Parfois, je ne dors pas très bien parce que je me sens en colère.
  - C. Ma colère est si grande que je reste éveillé 1-2 heures plus tard que d'habitude.
  - D. Je suis tellement en colère que je ne peux pas dormir beaucoup pendant la nuit.
- 17.
- A. Ma colère ne me fait pas sentir plus fatigué que la normale.
  - B. Mes sentiments de colère commencent à me fatiguer.
  - C. Ma colère est si intense que je me sens très fatigué.
  - D. Mes sentiments de colère me laissent trop fatigué pour faire quoi que ce soit.
- 18.
- A. Mon appétit ne souffre pas à cause de mes sentiments de colère.
  - B. Mes sentiments de colère commencent à affecter mon appétit.
  - C. Mes sentiments de colère me laissent sans beaucoup d'appétit.
  - D. Ma colère est si intense qu'elle m'a coupé l'appétit.
- 19.
- A. Mes sentiments de colère n'interfèrent pas avec ma santé.
  - B. Mes sentiments de colère commencent à interférer avec ma santé.
  - C. Ma colère m'empêche de consacrer beaucoup de temps et d'attention à ma santé.

D. Je suis tellement en colère contre tout ces jours-ci que je ne fais pas attention à ma santé et à mon bien-être.

20.

A. Ma capacité à penser clairement n'est pas affectée par mes sentiments de colère.

B. Parfois, mes sentiments de colère m'empêchent de penser d'une manière claire.

C. Ma colère me rend difficile de penser à autre chose.

D. Je suis tellement fâchée et hostile que cela interfère complètement avec ma pensée.

21.

A. Ma colère n'interfère pas avec ma sexualité.

B. Mes sentiments de colère me laissent moins d'intérêt pour la sexualité.

C. Mes sentiments actuels de colère minent mon intérêt pour la sexualité.

D. Je suis tellement en colère que j'ai complètement perdu l'intérêt pour la sexualité.

Copyright – 1995

Snell, W. E., Jr., Gum, S., Shuck, R. L., Mosley, J. A., & Hite, T. L. (1995). The Clinical Anger Scale: preliminary reliability and validity. *J Clin Psychol*, 51(2), 215-226.

## Clinical Anger Scale (CAS) Codage

([Snell et al., 1995](#))

Chaque groupe d'énoncés a été noté sur une échelle de Likert de 4 points, avec A = 0, B = 1, C = 2 et D = 3. Les réponses des sujets sur la CAS doivent être additionnées de sorte que les scores les plus élevés correspondent à une colère clinique plus importante 21 items (gamme 0 - 63).

Interprétation:

0-13 - colère clinique minimale

14-19 - colère clinique légère

20-28 - colère clinique modérée

29-63 - colère clinique sévère.

## 7.2 Inventaire de Beck pour la dépression

## INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
  2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
  3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.
- |  |  |
|--|--|
| <p>1. 0 ( ) Je ne me sens pas triste.<br/>1 ( ) Je me sens morose ou triste.<br/>2 ( ) Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.<br/>2 ( ) Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.<br/>3 ( ) Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p>  | <p>11. 0 ( ) Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.<br/>1 ( ) Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire.<br/>2 ( ) Je me sens irrité(e) tout le temps.<br/>3 ( ) Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p>  |
| <p>2. 0 ( ) Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.<br/>1 ( ) Je me sens découragé(e) à propos du futur.<br/>2 ( ) Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.<br/>2 ( ) Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.<br/>3 ( ) Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer</p>  | <p>12. 0 ( ) Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.<br/>1 ( ) Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.<br/>2 ( ) J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.<br/>3 ( ) J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> |
| <p>3. 0 ( ) Je ne sens pas que je suis un échec.<br/>1 ( ) Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.<br/>2 ( ) Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.<br/>2 ( ) Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.<br/>3 ( ) Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> | <p>13. 0 ( ) Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.<br/>1 ( ) J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.<br/>2 ( ) J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.<br/>3 ( ) Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p>   |
| <p>4. 0 ( ) Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).<br/>1 ( ) Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.<br/>2 ( ) Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.<br/>2 ( ) Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.<br/>3 ( ) Je suis mécontent(e) de tout.</p>  | <p>14. 0 ( ) Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.<br/>1 ( ) Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.<br/>2 ( ) Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.<br/>3 ( ) Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p>    |
| <p>5. 0 ( ) Je ne me sens pas particulièrement coupable.</p>   | <p>15. 0 ( ) Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.<br/>1 ( ) J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.<br/>1 ( ) Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.</p>  |



- 1 ( ) Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne.
- 1 ( ) Je me sens plutôt coupable.
- 2 ( ) Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps.
- 3 ( ) Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.
6. 0 ( ) Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1 ( ) J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
- 2 ( ) Je sens que je suis ou serai puni(e).
- 3 ( ) Je sens que je mérite d'être puni(e)
- 3 ( ) Je veux être puni(e).
7. 0 ( ) Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- 1 ( ) je suis déçu(e) de moi-même.
- 1 ( ) Je ne m'aime pas.
- 2 ( ) Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- 3 ( ) Je me hais.
8. 0 ( ) Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
- 1 ( ) Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
- 2 ( ) Je me blâme pour mes fautes.
- 3 ( ) Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.
9. 0 ( ) Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
- 1 ( ) J'ai des idées de me faire du mal, mais je ne les mettrais pas à exécution.
- 2 ( ) Je sens que je serais mieux mort(e).
- 2 ( ) Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
- 3 ( ) J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
- 3 ( ) Je me tuerais si je le pouvais.
10. 0 ( ) Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 1 ( ) Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
- 2 ( ) Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
- 3 ( ) Auparavant, j'étais capable de pleurer, mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.
16. 0 ( ) Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
- 1 ( ) Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
- 2 ( ) Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
- 3 ( ) Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
17. 0 ( ) Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 ( ) Je me fatigue plus facilement qu'avant.
- 2 ( ) Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
- 3 ( ) Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
18. 0 ( ) Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
- 1 ( ) Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
- 2 ( ) Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
- 3 ( ) Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. 0 ( ) Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).
- 1 ( ) J'ai perdu plus de 5 livres.
- 2 ( ) J'ai perdu plus de 10 livres.
- 3 ( ) J'ai perdu plus de 15 livres.
20. 0 ( ) Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
- 1 ( ) Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
- 2 ( ) Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
- 3 ( ) Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. 0 ( ) Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 ( ) Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
- 2 ( ) Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
- 3 ( ) J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.

### 7.3 Inventaire de Beck pour l'anxiété

## INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3

13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

## 7.4 AUDIT

## AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet d'évaluer par vous-même votre consommation d'alcool. Merci de le remplir en cochant une réponse par ligne. Si vous ne prenez jamais d'alcool, ne répondez qu'à la première question.

Pour votre information, nous vous rappelons que tous les verres ci-dessous contiennent la même quantité d'alcool pur et sont définis comme "un verre standard" dans ce questionnaire. Mais attention : une canette de 50 cl d'une bière forte (8°6 ou 10°) contient l'équivalent de 4 verres standards et une bouteille de vin contient 8 verres standards.

### Un verre standard représente une de ces boissons :



7 cl d'apéritif  
à 18°



2,5 cl de digestif  
à 45°



10 cl de champagne  
à 12°



25 cl de cidre  
« sec » à 5°



2,5 cl de whisky  
à 45°



2,5 cl de pastis  
à 45°



25 cl de bière  
à 5°



10 cl de vin  
rouge  
ou blanc à 12°

1/ A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais  1 fois par mois  2 à 4 fois  2 à 3 fois  4 fois ou plus   
ou moins par mois par semaine par semaine

2/ Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux  trois ou quatre  cinq ou six  sept à neuf  dix ou plus

3/ Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

4/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

5/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

6/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

7/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

Jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

8/ Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais  moins d'une fois  une fois par mois  une fois par  chaque jour   
par mois semaine ou presque

9/ Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non  oui mais pas dans les douze derniers mois  oui au cours des 12 derniers mois

10/ Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non  oui mais pas dans les douze derniers mois  oui au cours des 12 derniers mois

DATE : \_\_ / \_\_ / \_\_

SCORE :

Nom :  
Prénom :

Scores de gauche à droite  
Questions 1 à 8 : scores de 0 à 4  
Questions 9 et 10 : scores 0, 2 et 4

## 7.5 CAGE

## QUESTIONNAIRE CAGE-AID

Diagnostic : \_\_\_\_\_

1. Avez-vous pensé que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogue?

oui       non

2. Les gens vous ont-ils agacé par leur critique de votre consommation d'alcool ou de drogue?

oui       non

3. Vous êtes-vous senti mal à l'aise ou coupable à propos de votre consommation d'alcool ou de drogue?

oui       non

4. Avez-vous déjà pris un verre ou consommé des drogues dès le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois?

oui       non



## 7.6 Grille d'auto-observation de la colère

Date, heure	Événements déclencheurs	Facteurs aggravants (alcool, drogues, stimulants, personnes ou milieu violents, jeux ou films violents, insomnie...)	Premiers signes de colère	Émotions Intensité (0 à 10/10)	Pensées qui alimentent la colère	Conséquences de la colère		
						Réactions physiologiques	Comportements	Conséquences (effets sur les autres, sur soi à court et long terme)
10 mai, 20h00	Ma conjointe m'a dit que je ne faisais rien dans la maison	4 bières	Tendu, mâchoires serrées	Rage 8/10	Elle n'est jamais contente. Je ne peux jamais avoir une minute tranquille...surtout après tout ce que je fais pour elle!	Tension, mâchoire serrée, cœur débat	Je monte le ton, je crie, je lui dis de partir si elle n'est pas contente,	Au début elle se tait et arrête de m'achaler. Elle m'a boudé pendant quelques jours. Elle ne me touche plus. Je suis épuisé.

## 7.7 Les avantages et les inconvénients



## 7.8 Fiche thérapeutique : « Mes motivations »

## Mes motivations

Sur la fiche ci-dessous, résumez ce qui vous motive à mieux gérer votre colère. Notez ce qui est le plus important pour vous. Il y aura probablement des moments difficiles. Cette fiche vous aidera à persévérer en vous rappelant ce qui compte vraiment pour vous dans cette démarche. Vous pourrez la conserver précieusement et la regarder aussi souvent que nécessaire. Certaines personnes aiment l'afficher à un endroit qu'ils regardent souvent (frigo, agenda, cellulaire, fond d'écran...) d'autres la gardent sur eux (porte-feuille, sac à main...). Faites ce qui vous sera le plus utile.

### Mes motivations

Je veux mieux gérer ma colère parce que :

## 7.9 Tableau d'enregistrement des pensées

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES AUTOMATIQUES

<b>ÉVÈNEMENT</b> Situation ou occasion ou fil des pensées	<b>ÉMOTION</b> Spécifier l'émotion (0-100%)	<b>PENSÉES AUTOMATIQUES</b> Écrire textuellement les pensées et images à l'origine de l'émotion	<b>FAITS QUI SOUTIENNENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE</b>	<b>FAITS QUI CONTREDISENT LA PENSÉE AUTOMATIQUE</b>	<b>PENSÉES ALTERNATIVES</b> Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive	<b>RÉSULTAT</b> Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)



## 7.10 Tableau d'enregistrement des attitudes dysfonctionnelles de base

**TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES AUTOMATIQUES (ACCENT SUR LES EXIGENCES ET SES CONSÉQUENCES)**

<b>ÉVÈNEMENT</b> Situation ou occasion ou fil des pensées	<b>ÉMOTION</b> Spécifier l'émotion (0-100%)	<b>PENSÉES AUTOMATIQUES</b> Écrire textuellement les pensées et images à l'origine de l'émotion	<b>Quelle est l'exigence?</b>	<b>-Transformer l'exigence en préférence</b> <b>-Est-ce bien grave?</b> <b>-Acceptons l'inévitable</b> <b>-Jugement moins global, moins sévère</b>	<b>PENSÉES ALTERNATIVES</b> Écrire les pensées réalistes résultant de la restructuration cognitive	<b>RÉSULTAT</b> Réévaluer l'intensité de l'émotion (0-100%)

## 7.11 Fiche de travail sur les croyances (adaptée de J. Beck)

## FEUILLE DE TRAVAIL SUR LES CROYANCES

NOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**«Ancienne» croyance :**

---



---

Degré de conviction par rapport à cette croyance :

Actuellement : \_\_\_\_\_ %  
 Le plus élevé cette semaine\* : \_\_\_\_\_ %  
 Le plus bas cette semaine\* : \_\_\_\_\_ %

**Nouvelle croyance :**

---



---

Degré de conviction actuel par rapport à cette croyance : \_\_\_\_\_ %

**Évidences qui contredisent l'ancienne croyance (et supportent la nouvelle)**

**Évidences qui supportent l'ancienne croyance avec restructuration (MAIS)**

- Si pertinent, vous pouvez mettre à l'ordre du jour les situations où cette croyance a augmenté ou diminué
- Adapté de Beck, J. (1995)

## 7.12 Technique de résolution de problème

## Technique de résolution de problèmes

1. **Stop** : On doit d'abord réaliser que l'on a un problème qui n'est pas facile à résoudre et mérite qu'on prenne un peu de temps pour bien y réfléchir. Trop souvent, on ne pense pas à utiliser la technique de résolution de problème.
  
2. **Attitude constructive** : Il est important d'adopter une orientation constructive face au problème. Il s'agit de voir le problème comme une occasion ou un défi plutôt que comme une menace. Les changements les plus utiles de notre vie surviennent souvent en réponse à un problème qui nous a permis de progresser.
  
3. **Définir le problème** : Tentez de définir le problème de façon aussi précise, concrète et délimitée que possible. Il est en effet très difficile de résoudre un problème vague ou une multitude de problèmes en même temps. S'il y a plusieurs problèmes, définissez-les bien, faites-en une liste en les classant par ordre décroissant de priorité en fonction de la gravité et de l'urgence de chacun. Commencez par le plus prioritaire.

---



---



---



---



---

4. **Objectifs** : Identifiez vos objectifs face au problème. Définissez des objectifs aussi concrets que possible. Quels seraient les signes concrets que l'objectif est atteint?

---



---



---



---

5. **Solutions possibles** : Dressez la liste de toutes les solutions possibles qui vous viennent à l'esprit. Écrivez même celles qui vous semblent moins bonnes. **Ne pas évaluer** à ce stade. L'imagination est souvent bloquée parce qu'on cherche la solution parfaite et qu'aucune ne semble faire l'affaire. *N.B. Il arrive souvent qu'on ait besoin d'informations complémentaires ou de suggestions, surtout pour compléter les étapes 5 et 6. N'hésitez pas à le faire, mais ne tardez pas trop.*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

6. **Avantages / inconvénients** : Dressez la liste des avantages et des inconvénients de chaque solution qui apparaît le moins réaliste. Nous vous suggérons de prendre une feuille différente pour chaque solution et de la diviser ainsi :

	Avantages	Inconvénients
À court terme		
À moyen terme		
À long terme		

7. **Choisir** : Choisir une ou plusieurs solutions. Bien **accepter les inconvénients** de la solution choisie et accepter de ne pas avoir les avantages des solutions qui ont été écartées. Comme il n'y a pas de solution parfaite, il est important d'accepter les inconvénients, sans quoi on risque de demeurer insatisfait quoiqu'on fasse.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. **Obstacles, ressources** : Identifiez les obstacles à surmonter et les ressources nécessaires pour mettre en place la solution choisie.

Obstacles : \_\_\_\_\_

Ressources nécessaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. **Plan d'action** : Déterminez les étapes par lesquelles vous devez passer pour appliquer la solution choisie. Faites un **plan détaillé**, avec un **échancier précis et réaliste**. Veillez à ce que la première étape soit assez facile et **passer à l'action** rapidement et si possible immédiatement. Un premier pas même tout petit vous donnera le sentiment d'avoir « brisé la glace ».

	Étapes	Date
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6...		

**Passez à l'action!**

10. **Évaluation** : Évaluez les résultats après un délai raisonnable. Si nécessaire, appliquez à nouveau la technique.

Date d'évaluation des résultats : \_\_\_\_\_

## 7.13 Scénario d'exposition en imagination





## 7.14 Grille d'auto observation des exercices d'exposition

## GRILLE D'AUTO OBSERVATION DES EXERCICES D'EXPOSITION EN IMAGINATION

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

Exercice : \_\_\_\_\_

**Outils pour gérer ma colère**

Date	Durée de l'exercice (min.)	Niveau de maximal de colère atteint (0-10)	Commentaires

## GRILLE D'AUTO OBSERVATION DES EXERCICES D'EXPOSITION IN VIVO

NOM : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_

Exercice : \_\_\_\_\_

## Outils pour gérer ma colère

Date	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau de maximal de colère atteint (0-10)	Comment avez-vous réagi? (comportements, paroles, pensées, émotions, sensations physiques)	Quelle a été la suite des événements?

## 7.15 Résumé de thérapie

# Résumé de thérapie

Ressortez toutes les feuilles d'exercices, les prescriptions de travaux à domicile et les lectures que vous avez faites dans le cadre de votre thérapie. Jetez-y un coup d'œil sans tout relire en détail dans le but de vous remettre en tête tout ce que vous avez fait dans cette thérapie. Notez ci-dessous ce qui vous a été le plus utile. Il s'agit d'un résumé très personnel. Il n'a pas pour but d'être complet, mais bien d'identifier les outils qui vous ont été utiles pour augmenter vos chances de les intégrer dans votre quotidien à long terme.

## 7.16 Fiche de prévention des rechutes

## Fiche de prévention des rechutes

Est-ce que je fais une rechute?	
Situations à risque	Quoi faire si je crois qu'il peut s'agir d'une rechute
Symptômes*	

\* Décrivez ici les symptômes qui apparaissent lorsque vous faites une rechute. Portez une attention particulière à ceux qui sont les premiers à se présenter.



## Bibliographie

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression, une étape à la fois*. Montréal: Éditions de l'homme.
- André, C. (2011). *Méditer jour après jour*. L'iconoclaste.
- Beck, A. T., (Traduction française par Jean Cottraux),. (2002). *Prisonniers de la haine: Les racines de la violence* (J. Cottraux, Trans.): Masson.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.): Guilford Press.
- Beck, Richard, & Fernandez, Ephrem. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74. doi: 10.1023/A:1018763902991
- Borteyrou, X., Bruchon-Schweitzer, M., & Spielberger, C. D. (2008). [The French adaptation of the STAXI-2, C.D. Spielberger's State-trait anger expression inventory]. *Encephale*, 34(3), 249-255. doi: 10.1016/j.encep.2007.06.001
- Chaloult, L., Ngo, T. L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale: théorie et pratique*: Gaëtan Morin Éditeur.
- Chapman, A.L., Gratz, K.L., & Linehan, M.M. (2015). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Anger: Using DBT Mindfulness and Emotion Regulation Skills to Manage Anger*. New Harbinger Publications.
- Colette, O., Kabat-Zinn, J., & Giraudeau, B. (2011). *Méditer: 108 leçons de pleine conscience*: Marabout.
- Davies, W. (2000). *Overcoming Anger and Irritability: A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*: NYU Press.
- Deffenbacher, Jerry L., Oetting, Eugene R., & DiGiuseppe, Raymond A. (2002). Principles of empirically supported interventions applied to anger management. *The Counseling Psychologist*, 30(2), 262-280. doi: 10.1177/0011000002302004
- DiGiuseppe, Raymond, & Tafrate, Raymond Chip. (2003). Anger Treatment for Adults: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 70-84. doi: 10.1093/clipsy.10.1.70
- Dryden, W. (1996). *Overcoming Anger: When Anger Helps and when it Hurts*: Sheldon Press.
- Ellis, A., & Tafrate, R.C. (1998). *How to Control Your Anger Before It Controls You*: Kensington Publishing Corporation.
- Hamelin, Jeffery, Travis, Robert, & Sturmey, Peter. (2013). Anger management and intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(1), 60-70. doi: 10.1080/19315864.2011.637661

- Hassiotis, A., & Hall, I. (2004). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with learning disabilities. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD003406. doi: 10.1002/14651858.CD003406.pub2
- Kassinove, H., & Tafrate, R.C. (2002). *Anger Management: The Complete Treatment Guidebook for Practitioners*: Impact Publishers.
- Kusmierska, Grazyna. (2012). *Do anger management treatments help angry adults? a meta-analytic answer.* (72), ProQuest Information & Learning, US.
- Martell, C.R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R., & Lewinsohn, P.M. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*: Guilford Publications.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change (second edition)*. New York, NY: Guilford Press.
- Nay, W.R. (2014). *The Anger Management Workbook: Use the STOP Method to Replace Destructive Responses with Constructive Behavior*: Guilford Publications.
- Potter-Efron, R. (2012). *Handbook of Anger Management: Individual, Couple, Family, and Group Approaches*: Taylor & Francis.
- Potter-Efron, R.T. (2005). *Maîtriser votre colère*: Broquet.
- Prado-Lima, P. A. (2009). [Pharmacological treatment of impulsivity and aggressive behavior]. *Rev Bras Psiquiatr*, 31 Suppl 2, S58-65.
- Snell, W. E., Jr., Gum, S., Shuck, R. L., Mosley, J. A., & Hite, T. L. (1995). The Clinical Anger Scale: preliminary reliability and validity. *J Clin Psychol*, 51(2), 215-226.
- Stahl, S.M., Morrisette, D.A., & Muntner, N. (2014). *Stahl's Illustrated Violence*: Cambridge University Press.
- Tafrate, R.C., & Kassinove, H. (2009). *Anger Management for Everyone: Seven Proven Ways to Control Anger and Live a Happier Life*: Impact.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*: Guilford Publications.
- Young, J.E., Perron, M., & Klosko, J.S. (2013). *Je Réinvente Ma Vie: Vous Valez Mieux Que Vous Ne Pensez*: Editions de l'Homme.