

ÉVALUER LA NON-ADHÉSION À LA LUMIÈRE DES DYNAMIQUES RELATIONNELLES ET DES TRAUMATISMES

CHRISTOPHE TRA MD (FELLOW CLINIQUE TTP)
ESCODI - 2 MAI 2025

Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

Conférencier

Christophe TRA MD (psychiatre et fellow clinique Women's College Hospital):

Aucun conflit

ATTÉNUATION DES SOURCES POTENTIELLES DE PARTIALITÉ

Le contenu d'apprentissage de cette activité se limite aux recommandations /lignes directrices actuelles, résultats de recherche, ainsi que les plus récentes données probantes et l'expérience clinique des conférenciers et ne sont pas concernés par aucun conflit d'intérêt potentiel en lien avec le contenu des présentations.

Divulgation de soutien

Aucun

Ordre du jour

1. Objectifs
2. Repenser la non-adhésion
3. Les relations au niveau du processus
4. Quelques pistes cliniques
5. Exercise de synthèse #1: le cas de Brad
6. Exercise de synthèse #2: le cas de Sophie
7. Q&R

Objectifs

1. Réviser le concept de non-adhésion et en comprendre les diverses facettes.
2. Illustrer certaines dynamiques issues d'une histoire traumatique de vie pouvant complexifier la relation thérapeutique.
3. Identifier certaines pistes de solutions pour renforcer la relation thérapeutique.

Pour tirer profit de cet atelier, il est conseillé d'**adopter une posture auto-réflexive.**

Notes

Les traumatismes vont bien au delà du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le diagnostic de TSPT n'est pas nécessaire à l'application des principes discutés aujourd'hui.

Le concept de "dynamique relationnelle limite" ne requiert pas de diagnostic de trouble de la personnalité limite, seulement une dynamique qui met l'accent sur le processus plutôt que sur le contenu (D. F. Dawson, 1988; D. F. L. Dawson & MacMillan, 1993).



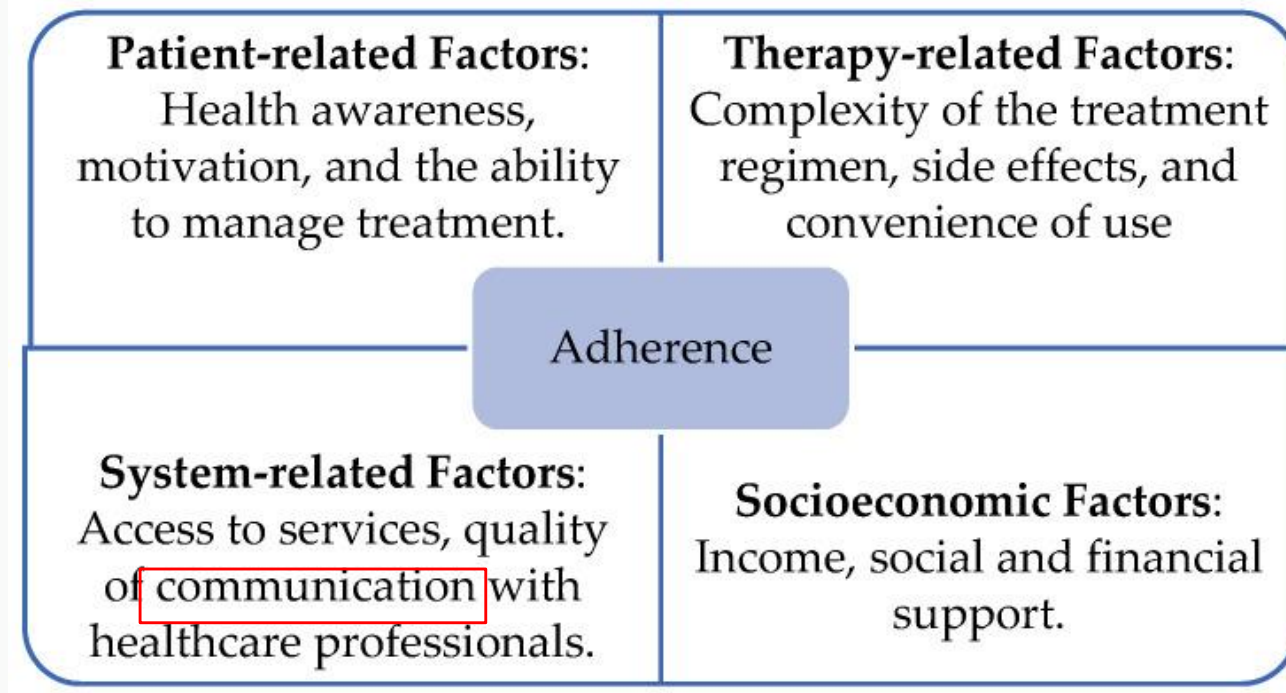
REPENSER LA NON-ADHÉSION

**LA PERSONNE EN
TRAITEMENT NON
ADHÉRENTE : PREMIERS
MOTS QUI VOUS VIENNENT
EN TÊTE?
MENTI.COM CODE: À VENIR**

Repenser la "non-adhésion"

- Non-adhésion (American Psychological Association, 2018) :
 - **Non-observance** n. incapacité d'un individu à suivre un **régime thérapeutique prescrit**. Bien que la non-adhésion **soit traditionnellement attribuée à un comportement d'opposition**, elle est plus probablement due à une **communication inadéquate** entre le praticien et l'individu, à des **limitations physiques ou cognitives** qui empêchent le patient de suivre les recommandations thérapeutiques (par exemple, les handicaps physiques), ou à des effets indésirables qui ne sont pas pris en compte de manière adéquate. L'un des principaux aspects de la psychologie de la santé concerne les méthodes visant à réduire la non-adhésion et à augmenter l'adhésion. Également appelée non-conformité. (APA, 2018).

Repenser la "non-adhésion"



Repenser la "non-adhésion"

- Signe d'opposition → produit de problèmes dans la relation thérapeutique et autres facteurs (ex: limitation cognitive, barrière systémique, etc.).
- Non-adhésion → situations cliniques coincées ou cas difficiles.

**TEMPÊTE D'IDÉES: CAUSES
RELATIONNELLES DE LA
NON-ADHÉSION**

Repenser la "non-adhésion"

Quelques idées sur les causes relationnelles de la non-adhésion

- Absence de consensus sur le plan de traitement
- Ambivalence de la personne en traitement
- Rythme du clinicien vs de la personne en traitement
- Priorités du clinicien vs priorités de la personne
- Pas de consensus sur les objectifs du plan de soins
- Rigidité du clinicien
- Manque de confiance dans le clinicien/le système de soins de santé
- Réactions traumatiques (reenactment)

Repenser la "non-adhésion"

Quelques idées sur les causes relationnelles de la non-adhésion

- L'adhésion comme outil de négociation des paramètres de la relation (nous y reviendrons)
- Avantage du rôle de malade
- Difficulté à laisser aller ses mécanismes de défense, même si destructeurs.
 - *Il faut dire "oui" avant de dire "non".*
 - *Analogie entre le parachute et le filet.*
- Etc.



RELATIONS AU NIVEAU DU PROCESSUS

Comprendre les relations thérapeutiques

- Préséance du **processus** sur le contenu.
- Prendre un pas de recul sur ce qui est dit.
- Se concentrer plutôt sur les mouvements dans la relation et sur ce que symbolise ce qui est dit.
- La personne en traitement, cliniciens et tiers sont tous des participants actifs à la dynamique.
- L'analyse du processus nécessite de ralentir les interactions pour prendre le temps de réfléchir.

Les relations avec les personnes en traitement à dynamique relationnelle limite

- Dynamique relationnelle limite: préséance du processus sur le contenu.
- « Conflits non résolus dans les attributs fondamentaux du soi (ex: bon/mauvais, responsable/irresponsable, compétent/incompétent, etc.)
- Les symptômes/comportements = monnaie d'échange pour négocier les paramètres de la relation.
- Paramètres de la relation: "pouvoir, contrôle, ascendance, compétence, responsabilité, intimité, dépendance, permanence ".

**EXERCICE: ANALYSER UNE
DYNAMIQUE RELATIONNELLE
LIMITE**

Exemple d'une dynamique relationnelle limite

Exemple :

C : Bonjour Docteur... Je suis tellement déprimée, ma vie n'a aucun sens, s'il vous plaît aidez-moi !...

T : Cela doit être difficile. J'ai un excellent médicament, un antidépresseur....

C : Vous pensez que cela pourrait m'aider ?

T : Oui, il s'agit du citalopram.

C : Oh, j'en ai entendu parler. Ma sœur a pris 10 kg avec. Je suis tellement déprimée... Je ne peux pas prendre de poids, cela me rendrait encore plus triste.

T : Nous pourrions alors en essayer un avec une prise de poids moins importante.

C : J'en ai essayé tellement dans le passé ; tous m'ont rendu malade.

**QUEL PARAMÈTRE
RELATIONNEL EST
NÉGOCIÉ?**

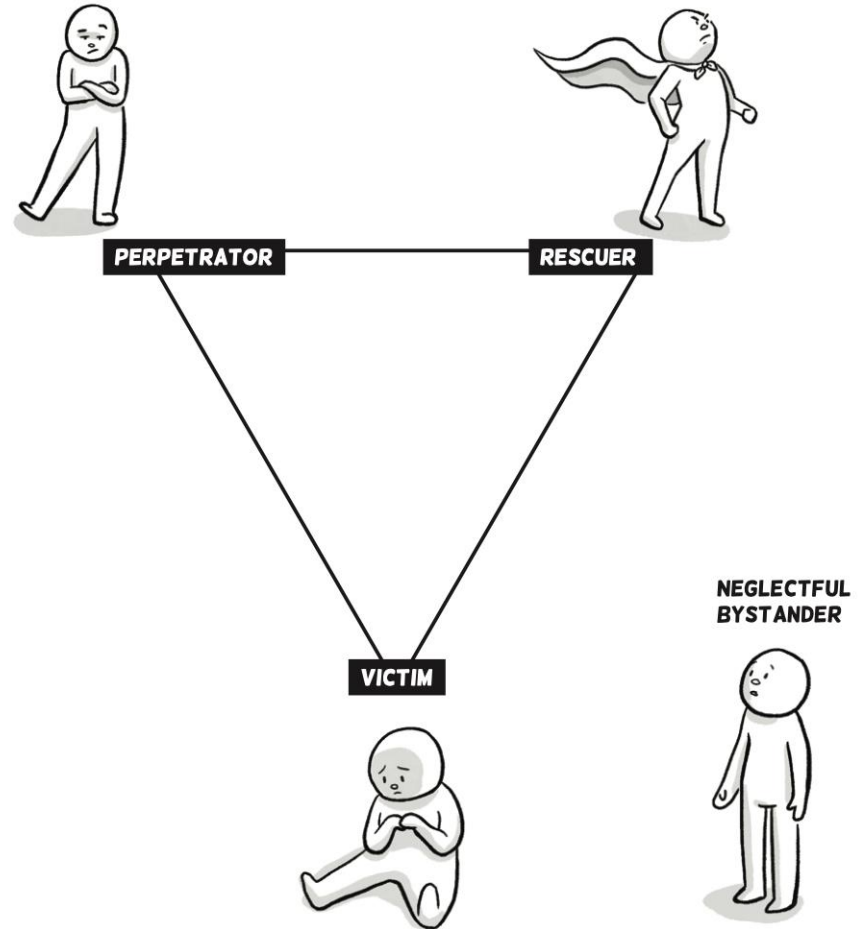
DÉCRIRE LES MOUVEMENTS DANS LA NÉGOCIATION

DES RÔLES POLARISÉS DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

(Hershler, Hughes, Nguyen, & Wall, 2021;
Stephen B Karpman, 2014)

KARPMAN'S TRIANGLE

This model helps us understand common unhealthy relational patterns and conflicts that arise in everyday life. By exploring the unmet needs in each of the roles depicted in the triangle, we can begin to identify ways to change these patterns and step out of the triangle.



Triangle dramatique de Karpman

Les agresseurs:

- “[Agressifs et hypercritiques, ils tiennent les autres responsables de leurs difficultés.]”

Les sauveurs :

- “[Caractérisés par le besoin important ou le désir d'aider les autres].”
- Impulsion à protéger les personnes considérées faibles.

Les Victimes :

- “[Communiquent l'impuissance et l'oppression et perçoivent que surtout des événements indésirables et incontrôlables leurs sont arrivés ou leur arriveront.]”

(Lac & Donaldson,
2022)

Triangle dramatique de Karpman

Table 10.1 | Role examples

	Possible unmet/unconscious needs
	To feel in control To feel powerful To gain recognition To avoid vulnerability
	To feel important To be valued To avoid vulnerability
	To receive care and connection To be rescued To avoid responsibility
	To stay safe through inaction To avoid vulnerability To avoid and disengage

(Hershler et al., 2021)

Triangle dramatique de Karpman

Table 10.1 | Role examples

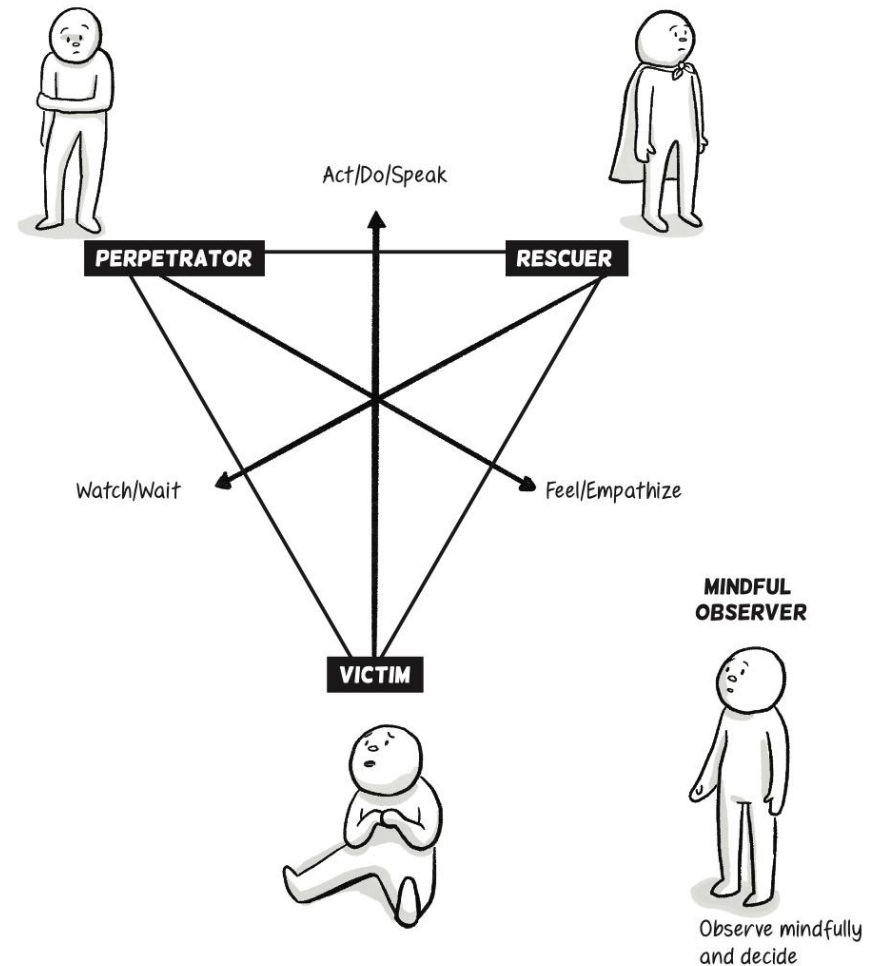
Role	Synonyms	Qualities/traits	Possible unmet/unconscious needs
Perpetrator	Abuser Bully Aggressor Oppressor	Dominant Intimidating Controlling Demanding Intrusive	To feel in control To feel powerful To gain recognition To avoid vulnerability
Rescuer	Caregiver Savior Helper	Protective Controlling Helpful Martyr	To feel important To be valued To avoid vulnerability
Victim	Sufferer Target Scapegoat	Hopeless Helpless Overwhelmed Vulnerable Scared Weak Dismissed	To receive care and connection To be rescued To avoid responsibility
Neglectful bystander	Neglecter Ignorer Silent witness	Avoidant Denial Dismissive Withholding Inattentive	To stay safe through inaction To avoid vulnerability To avoid and disengage

(Hershler et al., 2021)

SE DÉSENGAGER DES RÔLES POLARISÉS DANS LA RELATION THÉRAPEUTIQUE

(Hershler, Hughes, Nguyen, & Wall, 2021;
Stephen B Karpman, 2014)

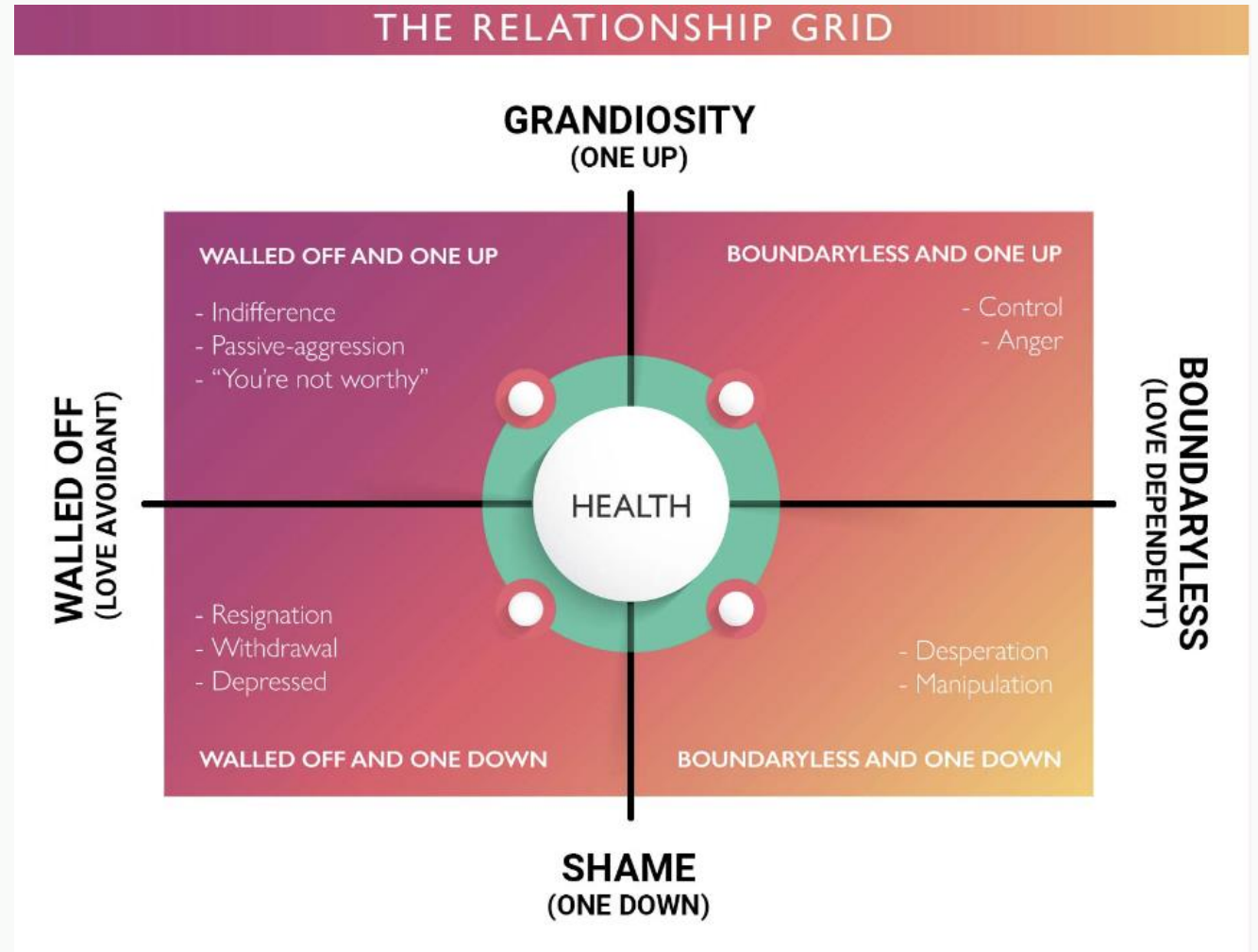
KARPMAN'S TRIANGLE: STEPPING OUT



© 2020 Trauma Education Comics, P. Nguyen, L. Hughes and A. Hershler
Adapted from Karpman, Stephen. 2014. *A Game Free Life: The New Transactional Analysis of Intimacy, Openness, and Happiness*. San Francisco: Drama Triangle Publications.

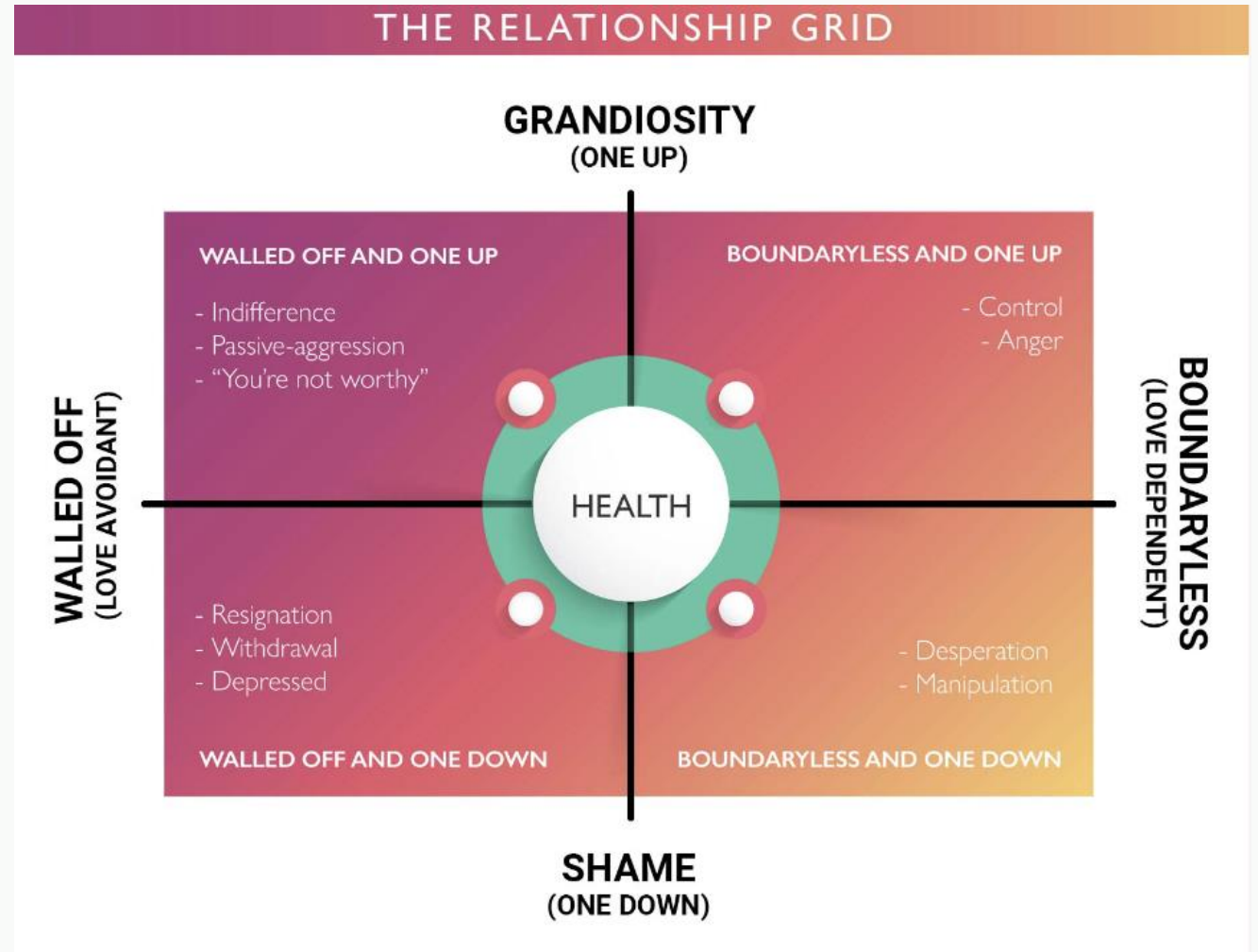
**DISCUSSION: QUELS SONT
LES RISQUES DE VOULOIR
SAUVER UNE PERSONNE EN
TRAITEMENT?**

Les limites et l'estime de soi en relation



(Real, 2023)

Les limites et l'estime de soi en relation



(Real, 2023)

Quand le passé se manifeste dans le présent

Concept des vies parallèles (Hershler et al., 2021) :

- Réactions disproportionnées aux déclencheurs actuels.
- Les événements passés émergent dans le présent et créent des réponses dans le « ici et maintenant » informées par le « là-bas et alors ».

Concept des « reenactments » :

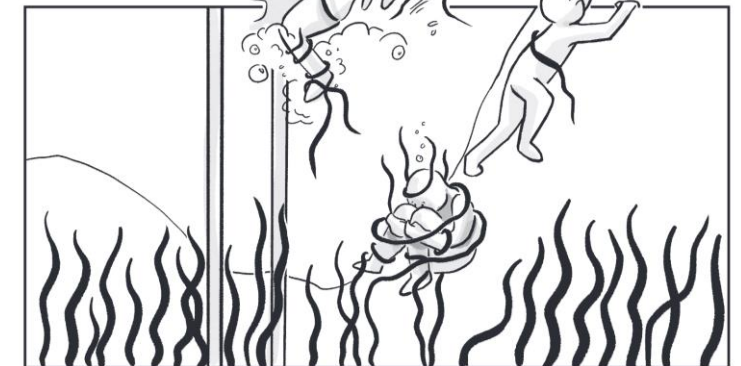
- Répétition comportementale hors du contrôle conscient de l'individu qui est informée par un vécu traumatique non digéré (Levy, 1998).

PARALLEL LIVES

HERE AND NOW



THERE AND THEN



© 2020 Trauma Education Comics, P. Nguyen, L. Hughes and A. Hershler
Adapted from Fay, Deirdre. 2020. *Becoming Safely Embodied: Step by Step Guide to Organize the Disorganized Inner World*. New York: Morgan James.

(Hershler et al., 2021)

Difficulté à accepter les expériences positives

- Certaines personnes en traitement ayant un vécu traumatique sont réticentes à accepter les bonnes choses/les expériences positives (ex: amour, soutien, self-care, plaisir, etc.) car:
 - Conditionnelles à...
 - Accompagnées de « toxines »
 - Culpabilité et honte
 - Peur de récurrence de l'abandon
 - Etc.
- Cela peut les mener à refuser les soins et l'intimité avec les cliniciens.

Inspiré de Hartman &
Zimberoff, 2012

Ambivalence face au TSPT

- Certaines personnes en traitement avec un TSPT peuvent être ambivalentes à l'idée d'aller mieux.
- Parce que... (Najavits, 2008)
 - Prouve la gravité du vécu traumatique
 - Se rétablir est perdre contre l'agresseur
 - Culpabilité du survivant



QUELQUES PISTES CLINIQUES

Quelques pistes cliniques

- Vérifier si la personne en traitement a des limitations sévères à entrer en relation thérapeutique (psychose aiguë, dépression sévère, dysfonctions exécutives sévères causées par consommation importante, etc.)
- Travailler en équipe et diluer la responsabilité clinique.
- Assurer un environnement « suffisamment » sécuritaire au niveau relationnel et physique.
- Analyser la dynamique relationnelle au niveau du processus.
- Réfléchir aux positions relationnelles polarisées, incluant celle des équipes traitantes.

Quelques pistes cliniques

- **Rendre l'implicite explicite** (la règle d'or!): nommer le contrat thérapeutique.
 1. L'intervention continuera aussi longtemps qu'elle sera **utile et non nuisible**.
 2. La personne en traitement est responsable de son rétablissement et de sa sécurité D. F. Dawson, 1988; D. F. L. Dawson & MacMillan, 1993; Gunderson, 2014).
 3. Peut être utile de spécifier que les comportements destructeurs n'amèneront pas à une intensification des services dans les dynamiques limites.
 4. Nommer le contrat social dès le début: la mise en danger du bien-être d'autrui est inacceptable; et limite légale de l'autonomie.
 5. En exposer les conséquences (judiciarisation, arrêt de suivi, etc.) – incluant trafic de substances au sein des milieux de soins, agressivité, disposition non sécuritaire de matériel de consommation, etc.
 6. Souligner importance de la communication entre les cliniciens (Gunderson, 2014).

Quelques pistes cliniques

- Remettre à la personne en traitement la responsabilité de son plan de soins: en définir les objectifs, les modalités, le suivi de l'efficacité des interventions. **Règle d'or: remettre le contrôle à la personne.**
- Cesser de renforcer les comportements néfastes, même si ces renforcements sont souvent bien intentionnés (ex: augmenter l'intensité de suivi).
- Modéliser une posture relationnelle complexe, nuancée et réflexive (vs réactive).
- Surveiller les tentatives de la personne en traitement de revenir dans une dynamique relationnelle malsaine et y résister.

Quelques pistes cliniques

- Proposer psychoéducation sur l'impact du traumatisme sur les relations, la consommation et autres difficultés.
- Offrir des outils d'ancrage et de gestion des émotions.
- Rendre les thérapies centrées sur le passé traumatique conditionnelles à un minimum de sécurité et de lien thérapeutique avec le réseau de soins.



EXERCISE DE SYNTHÈSE #1: LE CAS DE SOPHIE

Sophie

- Phil est infirmier dans une équipe de reaching out. Il a rencontré Sophie il y a environ un an dans un campement.
- Sophie est une femme trans âgée de 23 ans, sans domicile fixe et à Montréal depuis 3 ans.
- Elle est connue pour un trouble d'usage aux opioïdes, avec une consommation IV de fentanyl difficilement quantifiable qui l'amène à faire des abcès à répétition.
- Phil lui offre des soins de plaie régulièrement.

Sophie

- Malgré un tempérament très réservé, il réussi à gagner sa confiance:
 - Originare de Rimouski, elle est née dans une famille aisée et hautement croyante. Ses deux parents étaient médecins spécialistes. Elle décrit son enfance comme ayant été idyllique.
 - Lorsque ses parents ont découvert son identité sexuelle à 16 ans, elle a commencé à être victime de sévices corporels, qui ont culminé en son expulsion du domicile familial à 18 ans.
 - Consommation d'opioïdes une fois en situation d'itinérance.
 - Travail du sexe pour se procurer la substance.
 - Multiples expériences de traumatismes en milieu de soins: transphobie/ignorance, mise sous garde avec sevrage involontaire lors de consultation pour abcès, refus en refuge pour femmes.
 - Tentative de méthadone, mais arrêt en raison des doses supervisées 7/7 et du jugement perçu en pharmacie.

Sophie

- Elle refuse les multiples propositions de rencontrer un médecin pour une reprise de TAO et d'accompagnement pour la recherche d'un logement subventionné.
- Phil remarque que Sophie tente de plus en plus de le fuir.
- De plus en plus frustré, il commence à son tour à être froid et distant. Il se dit qu'elle est ingrate de tous les efforts qu'il a faits, et que c'est tant pis pour elle.
- Lors d'un soin de plaie, Phil lui donne les pansements et lui dit: "tu sais comment faire".
- Elle répond: "Je ne suis pas importante, de toute façon tu as ta propre famille. J'aurais dû me méfier, je devais savoir que tu allais me trahir".
- Phil se sent honteux et se ferme. Il amène la situation en réunion d'équipe.



COMPRENDRE SOPHIE: EN
GROUPE, DISCUTER DES
DYNAMIQUES RELATIONNELLES
PRÉSENTES.

Comprendre Sophie

- Sophie démontre une méfiance relationnelle compréhensible à la lumière de son vécu traumatique.
 - Cette méfiance est accrue face aux soignants en raison de son expérience de traumatismes médicaux, de transphobie systémique et du fait que ses parents soient médecins.
- La bienveillance de Phil a permis de bâtir un début de confiance relationnelle, mais il est allé trop vite avant que la sécurité soit établie.
- Elle a probablement vécue l'insistance à voir un médecin comme une violation de ses limites.
- Frustré par cela et sans en comprendre les causes traumatiques du retrait, il a pris une posture passive agressive qui a réactivé les sentiments de honte et de rejet qui rappellent le rejet parental.



COMMENT ABORDER SOPHIE?
EN GROUPE, DISCUTER DES
PISTES D'INTERVENTION

Comment aborder Sophie?

- Créer un environnement sécuritaire: offrir à Sophie des rencontres hors des institutions, inscrire au dossier son pronom et ses prénoms.
- Nommer à Sophie les dynamiques relationnelles qui se sont jouées avec Phil.
- Phil va initier la réparation et faire preuve de réflectivité, reconnaître ses torts.
- Nommer à Sophie qu'elle sera libre de définir ses objectifs et les traitements nécessaires.
 - Sophie a comme objectif principal de pouvoir se procurer son hormonothérapie hors du marché illicite.
 - Elle n'est pas intéressée à arrêter le Fentanyl.
- Noter les limites de ce contrat (danger pour elle-même ou autrui en raison de son état mental).

Comment aborder Sophie?

- Lui demander les interventions qu'elle considère utiles:
 - Se faire prescrire de l'hormonothérapie sans voir le médecin.
 - *Lui refléter que cela ne sera pas possible, mais qu'elle peut faire un premier contact téléphonique avec le médecin.*
 - Obtenir un enseignement sur les méthodes d'injection.
- Lui offrir de la psychoéducation sur les traumatismes et normaliser:
 1. Sa méfiance envers le système de santé
 2. Sa consommation comme stratégie de tolérance à la détresse.
- Lui présenter quelques méthodes de régulation affective si elle est intéressée.

Comment aborder Sophie?

- Si elle demande un accès à une psychothérapie axée sur le traumatisme:
 - “Nous ne voulons pas te nuire ou te faire perdre confiance en ta capacité de guérison. Je propose que la psychothérapie axée sur ton passé traumatique ne soit offerte que lorsque les conditions seront présentes pour qu’elle soit bénéfique: c’est-à-dire que ta situation se soit minimalement stabilisée en terme de logement, de santé et de consommation; et qu’on ait réussi à développer un minimum de confiance”.



EXERCISE DE SYNTHÈSE #2: LE CAS DE BRAD

Brad

- Il s'agit d'un homme de 36 ans, célibataire et vivant en appartement.
- Symptômes dépressifs chroniques, consommation chronique de cannabis - environ 1g par jour de Sativa 15%, TDAH et idées suicidaires chroniques.
- Antécédents d'abus physiques de la part de son père jusqu'à ce qu'il soit placé dans une famille d'accueil à l'âge de 13 ans. Abus sexuel par un entraîneur à l'âge de 16 ans.
- À la fin de son adolescence, il était un athlète de haut niveau en athlétisme, mais il a dû arrêter à 17 ans en raison d'une blessure.

Brad

- Plusieurs essais d'antidépresseurs qu'il arrêta après 3-6 mois car il n'en ressentait pas les effets bénéfiques.
- Depuis l'âge de 19 ans, multiples courtes hospitalisations pour idées suicidaires, souvent avec départ contre avis médical.
- Il n'a jamais fait suite aux propositions de suivi externe en dépendance ou de ressource d'hébergement en dépendance.

Brad

- Un psychothérapeute, le Dr Christophe, le suit depuis un an et demi.
 - Le thérapeute propose une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour la dépression. Brad semble apprécier le Dr Christophe, mais applique rarement les techniques enseignées.
 - Les visites aux urgences sont devenues de plus en plus fréquentes au cours de la dernière année (jusqu'à 4 fois par mois) et ont culminé avec une première tentative de suicide.
 - Le thérapeute a proposé une intensité accrue et des appels téléphoniques entre les séances.

Brad

- Description de la dernière visite aux urgences :
 - Au service des urgences, il a rencontré le psychiatre de garde et lui a dit : "Je ne sais plus quoi faire, sans le sport, je ne suis rien, je devrais sauter d'un pont". Il refuse l'offre d'hospitalisation jusqu'à ce qu'une mise sous garde soit menacée.
 - S'agite sur l'unité en raison de l'interdiction d'aller fumer et quitte contre avis médical
 - Brad appelle ensuite le Dr Christophe pour se plaindre de l'hôpital.
 - Dr Christophe se sent frustré et impuissant face à Brad et considère mettre fin au suivi.



COMPRENDRE BRAD: EN
GROUPE, DISCUTER DES
DYNAMIQUES RELATIONNELLES
PRÉSENTES.

Comprendre Brad

- Une dynamique s'est installée avec le système de soins depuis plus de 15 ans: être malade est sa façon d'être en relation.
- Renforcement de ses comportements: plus il est suicidaire, plus il est en relation (avec les cliniciens).
- Négociation de sa propre compétence et de sa valeur avec le système de soins.
- Il prend une position de victime et place Dr Christophe en position de sauveur qui va immanquablement s'épuiser et le rejeter, renforçant sa vision négative de soi.
- Lors de sa visite à l'urgence, il est possible qu'il ait été déclenché par la privation de liberté, le différentiel de pouvoir avec les cliniciens et le sevrage forcé.



COMMENT ABORDER BRAD?
EN GROUPE, DISCUTER DES
PISTES D'INTERVENTION

Comment aborder Brad?

- Comment aborderiez-vous le cas de Brad ? Voici quelques idées...
- Discuter du contrat thérapeutique :
 - Le principal acteur est la personne en traitement.
 - Le suivi continuera tant qu'il sera utile et non nuisible.
 - Les cris et la violence ne seront pas tolérés. Décidez en équipe des conséquences.
 - Réévaluer le traitement au bout de trois mois pour déterminer s'il est utile.

Comment aborder Brad?

- Responsabiliser Brad quant à son rétablissement et sa sécurité.
 - Examiner les traitements antérieurs et leurs résultats, et nommer l'impasse thérapeutique.
 - Lui demander de:
 - *Fixer des objectifs thérapeutiques.*
 - *Définir ce qui est utile.*
 - *Fixer la fréquence des rencontres.*
 - *Monitorer l'efficacité du traitement.*

Comment aborder Brad?

- Expliquer que les cliniciens ont toujours été incapables d'assurer sa sécurité et qu'il n'y aura donc pas de changement dans le plan de traitement en réponse aux comportements autodestructeurs.
- Proposer une formulation intégrant les antécédents traumatiques et discuter de la mise en scène.
- Valider le fait que certains comportements ont pu être protecteurs par le passé, mais qu'ils ne sont plus utiles aujourd'hui.

Comment aborder Brad?

- Donner de la psychoéducation sur les traumatismes et la consommation de substance.
- Proposez des outils de gestion affective si Brad les trouve utiles. Précisez que le but est qu'il se réapproprie son pouvoir. Si Brad ne les met pas en pratique, soulignez cela et cessez de les proposer.
- Expliciter les dynamiques relationnelles au fur et à mesure des conflits.
- Évaluer le TSPT, lui présenter les étapes du rétablissement et rendre une psychothérapie axée sur le traumatisme conditionnelle à une relation thérapeutique "good enough" et une diminution de son risque suicidaire.

MERCI !

DES QUESTIONS ?
DES COMMENTAIRES ?

Références

- American Psychological Association. (2018). APA Dictionary of Psychology - nonadherence. Retrieved from <https://dictionary.apa.org/nonadherence>
- Bjork, J. M., Keyser-Marcus, L., Vassileva, J., Ramey, T., Houghton, D. C., & Moeller, F. G. (2022). Attentional function and inhibitory control in different substance use disorders. *Psychiatry Res, 313*, 114591. doi:10.1016/j.psychres.2022.114591
- Dawson, D. F. (1988). Treatment of the borderline patient, relationship management. *Can J Psychiatry, 33*(5), 370-374. doi:10.1177/070674378803300511
- Dawson, D. F. L., & MacMillan, H. L. (1993). *Relationship management of the borderline patient : from understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*: American psychiatric pub.
- Hartman, D., & Zimberoff, D. (2012). The nourishment barrier: the shock response to toxic intimacy. *Journal of Heart-Centered Therapies, 15*(2), 3-26.
- Hershler, A., Hughes, L., Nguyen, P., & Wall, S. (2021). *Looking at trauma: A tool kit for clinicians*: Penn State Press.
- Karpman, S. B. (2014). *A game free life: The definitive book on the drama triangle and the compassion triangle by the originator and author*: Drama Triangle Productions.
- Lac, A., & Donaldson, C. D. (2022). Development and Validation of the Drama Triangle Scale: Are You a Victim, Rescuer, or Persecutor? *Journal of Interpersonal Violence, 37*(7-8), NP4057-NP4081. doi:10.1177/0886260520957696
- Levy, M. S. (1998). A helpful way to conceptualize and understand reenactments. *J Psychother Pract Res, 7*(3), 227-235.
- McClure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personal Ment Health, 10*(1), 43-57. doi:10.1002/pmh.1320
- Najavits, L. (2008). *Seeking Safety - À la recherche de la sécurité: Une guide de traitement de l'ESPT et de l'abus des substances* Treatment Innovations.
- Polak, A. R., Witteveen, A. B., Reitsma, J. B., & Olf, M. (2012). The role of executive function in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Affect Disord, 141*(1), 11-21. doi:10.1016/j.jad.2012.01.001
- Real, T. (2023). The Relationship Grid Assessment. Retrieved from <https://terryreal.com>
- Relligioni, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (Kaunas), 61*(1). doi:10.3390/medicina61010153
- Snyder, H. R., Miyake, A., & Hankin, B. L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Front Psychol, 6*, 328. doi:10.3389/fpsyg.2015.00328