



Therapeutia



Institut
Français
de Psychologie
Énergétique
Clinique

Therapeutia & IFPEC,
Institut Français de Psychologie Énergétique clinique

présentent

Formation professionnelle à l'EFT

Emotional Freedom Techniques

Niveau 3

Par Brigitte Hansoul & Yves Wauthier

www.ifpec.org

www.therapeutia.com

Table des matières

I. Révisions et précisions pour aller au cœur du problème	6
A. Traiter des cibles du passé/présent/futur	6
B. Nécessité d'une conceptualisation de cas et d'un plan de traitement	8
1. Nécessité d'un plan de traitement	8
C. Les réseaux de souvenirs	8
1. Contenu des réseaux de souvenirs	8
1.1. Hiérarchie et connexion des réseaux de souvenirs	10
2. Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI)	12
2.1. Qu'est-ce que le TAI?	12
2.2. Comment fonctionne le TAI	12
3. TAI et plan de traitement	15
3.1. Comment traiter un réseau de souvenirs dysfonctionnel?	15
3.2. La logique chronologique du conditionnement	16
3.3. Action du TAI sur les réseaux de souvenirs d'un adulte équilibré	16
3.4. Action du TAI en cas de manque de ressources dans un domaine précis	16
3.5. Action du TAI en cas de manque de ressources dans un large domaine de la constitution de l'identité	16
4. Echelles de mesure	17
4.1. Le SUD	17
4.2. Le VOC	17
5. La stabilisation	18
5.1. Le lieu de sécurité	18
5.2. Le coffre fort	19
5.3. Le contenant	20
5.4. L'état de base	23
5.5. La procédure d'urgence Quick Remap en 4 points	24
6. Viser des faits précis	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
6.1. Problématique générale	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
6.2. Situation précise	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
7. Les éléments d'une cible	27
8. Trouver le centre de la cible	27
8.1. Trouver l'image du pire moment	28
8.2. Identifier la croyance négative du pire moment	29
8.3. Préciser l'émotion du pire moment	30
8.4. Préciser la sensation physique du pire moment	30
8.5. Demander le SUD du pire moment	30
9. CROYANCES ET COGNITIONS	31

10. Les phases du traitement	32
11. Protocole d'anamnèse	32
11.1. Quel est le(s) problème(s) ? (Présent)	32
11.2. Quel est l'historique du problème : (Passé)	32
11.3. Quelles sont les solutions déjà tentées ?	32
11.4. Explorer les ressources psychiques et sociales	33
11.5. Définir l'objectif(s) de guérison (Futur)	33
11.6. Concevoir un plan de traitement	33
11.7. Evaluer le traitement	33
12. Logique des 3 temps: passé/présent/futur	34
12.1. Passé-Etiologie	34
12.2. Présent-Conditionné	34
12.3. Futur-Evitement, adaptation	34
13. Notion de déclencheur du présent	34
13.1. Le conditionnement: rappel	Erreur ! Signet non défini.
13.2. Déclencheur du présent	34
13.3. Déclencheurs du passé	35
14. Niveau source et souvenir source	35
14.1. Identifier le souvenir source	35
15. La technique du float back	36
Protocole du floatback	39
16. Le scénario du futur	40
16.1. Préoccupation pour le futur	40
16.2. Scénario du futur – objectif de guérison	40
17. Etablir un plan de traitement	41
17.1. Choisir le thème	41
17.2. Vérifier si le thème est isolé ou complexe	41
17.3. Lister les cibles du thème	41
17.3.1. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du passé:	41
17.3.2. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du présent:	41
17.3.3. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du futur:	41
17.4. Nature de la première cible	41
17.5. Choix de la première cible précise	41
17.5.1. Identifier les différentes catégories de cibles :	41
17.5.2. Lister les SUDs des différentes cibles.	42
17.5.3. Trouver la première cible en suivant les règles suivantes:	42
18. Traiter toutes les cibles d'un niveau donné	43
18.1. Vérification de la désactivation complète du niveau	43
19. Remonter au niveau précédent	43
20. Protocole PPF – passé / présent / futur	44

21. Protocole du scenario du futur	44
22. Clôture d'une séance	45
22.1.Séance complète	45
22.2.En cas de séance incomplète : stabilisation	45
22.2.1. En cas de SUD élevé	45
22.2.2. En cas de SUD modéré	45
23. Evaluation	45
23.1.Séance complète:	45
23.2.Séance incomplète:	45
Situation	45
Emotion	46
SUD	46
Sensation physique	46
24. Plan de ciblage isolé	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.1.Problématique:	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.2.Déclencheurs actuels	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.3.Situation cible	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.Centre de la cible:	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.1. Image	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.2. Croyance négative	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.3. Emotion	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.4. Sensation	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.4.5. SUD	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
24.5.Scenario du futur	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Protocole d'anamnèse	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
1. Quel est le(s) problème(s) ? (Présent)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
2. Quel est l'historique du problème : (Passé)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3. Quelles sont les solutions déjà tentées ?	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
4. Explorer les ressources psychiques et sociales	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
5. Définir l'objectif(s) de guérison (Futur)	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
6. Concevoir un plan de traitement	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
7. Evaluer le traitement	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Protocole PPF – passé / présent / futur	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Protocole du scenario du futur	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
II. Les traumatismes complexes	47
A. Ordre des étapes pour le traitement des traumatismes complexes :	48
B. Protocole détaillé d'installation de ressources	49
C. Protocole de l'éponge	54
D. Protocoles de thérapie de fond des traumas complexes	56
1. Protocole classique des 3 phases du traitement	56
2. Aménagement du protocole en 3 phases pour l'attachement évitant-détaché	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
3. Rappels sur l'attachement	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

4. Modification du protocole en 3 phases pour l'attachement évitant-détaché (Andrew Leeds) _	Erreur ! Signet non défini.
5. La boîte de vitesse _____	57
6. Vitesse 1: Désensibiliser les peurs futures _____	58
7. Vitesse 2: Désensibiliser les émotions (ou sensations physiques) en elles-mêmes _____	59
8. Vitesse 3: Cibler les empreintes préverbaux _____	61
9. Vitesse 4: Désensibiliser les déclencheurs du présent _____	62
10. Vitesse 5: Désensibiliser les événements traumatiques du passé _____	62
E. Faut-il toujours suivre un protocole de thérapie de fond? _____	63
<i>Exercice de tolérance des affects positifs _____</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Expliquez l'exercice en 3 étapes: _____	Erreur ! Signet non défini.
Guidez le patient dans le jeu de rôle. _____	Erreur ! Signet non défini.
<i>Protocole de tolérance des affects positifs (PAP) _____</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
<i>Protocole de la boîte de vitesse _____</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
III. Dissociation - Historique _____	64
A. Les troubles dissociatifs _____	64
1. La dissociation, un manque d'intégration _____	64
2. Symptômes _____	65
B. Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité _____	65
2. 2 types différents de PE _____	67

I. Révisions et précisions pour aller au cœur du problème

A. Traiter des cibles du passé/présent/futur

a) Face à un symptôme du présent = passé récent :

(1) Préciser la cible actuelle

Événement récent où la réaction émotionnelle négative a été ressentie.

Spécifier les 4 critères de la cible : image/film, émotion, sensation, SUD.

L'idéal étant de chercher également la cognition négative associée : la croyance négative sur soi-même présente lorsqu'on est connecté à l'événement (voir le séminaire de plan de traitement) : 'Je suis nul' ; 'je suis en danger', 'c'est de ma faute',...

(2) Rechercher les cibles du passé reliées par le fil rouge de la même émotion, avec la même cognition/croyance négative.

(3) Revenir à la cible actuelle du point 1).

Tester le SUD. Si > 0 : la traiter normalement.

b) En cas d'appréhension future

(1) Préciser la cible future

Événement imaginé par rapport auquel la réaction émotionnelle négative est ressentie.

Exemple : 'j'ai peur de cette entrevue de la semaine prochaine avec mon patron'

(2) Rechercher les cibles du présent (= passé récent) reliées par le fil rouge de la même émotion, avec la même cognition/croyance négative.

Exemple : 'Le mois dernier, quand mon patron m'a dit que je ne faisais jamais rien de bien'. 'Quand il m'a enguirlandé devant tout le monde à la réunion de la semaine passée'.

Ne pas les traiter à ce stade, mais :

(3) Rechercher les cibles du passé reliées par le fil rouge de la même émotion, avec la même cognition/croyance négative.

Exemple : Quand j'étais avec mon père dans la voiture, j'avais 6 ans, il a explosé parce que je n'avais pas de bons points à mon bulletin'

Les traiter (les plus fortes), jusque SUD = 0.

Vérifier que les autres cibles du passé sur ce thème sont désactivées (effet tache d'huile).

(4) Revenir aux cibles du présent/passé récent

Tester le SUD de chacune d'elles. Si > 0 : les traiter normalement.

(5) Revenir à la cible actuelle du point 1).

Tester le SUD. Si > 0 : la traiter normalement.

B. Nécessité d'une conceptualisation de cas et d'un plan de traitement

Les résultats d'un traitement ne dépendent pas seulement de l'outil utilisé (ACP, hypnose, EFT, TAT, Remap, Tipi,...) et de l'efficacité de celui-ci. Ils dépendent aussi d'une bonne conceptualisation de cas et d'un plan de traitement adéquat.

Une conceptualisation inappropriée peut mener à une relative inefficacité du traitement, mais aussi à des complications plus ou moins sévères. Il peut s'agir : d'un traitement qui stagne ou tourne en rond menant à l'abandon de la thérapie par le patient ; d'un déplacement des symptômes ; de décompensations suite à une trop grande fragilité du patient,...

1. Nécessité d'un plan de traitement

Un plan de traitement vise à définir les étapes du traitement de telle sorte que ce dernier soit le plus efficace possible. Il définit l'ordre de succession des différentes étapes, les cibles sur lesquelles travailler, et souvent l'ordre de traitement de celles-ci.

Un plan de traitement inapproprié ou inexistant peut mener à une inefficacité plus ou moins grande et à un traitement plus long que nécessaire.

C. Les réseaux de souvenirs

1. Contenu des réseaux de souvenirs

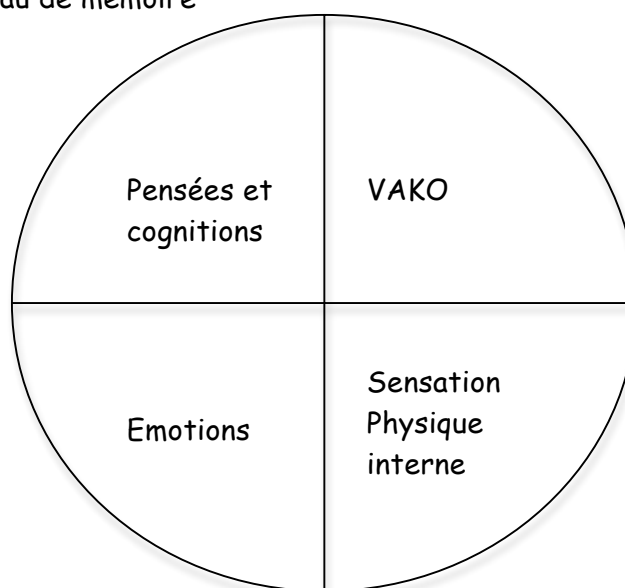
Lorsque nous vivons un événement, il est stocké dans notre mémoire avec ses différents aspects. Lorsque nous nous le remémorons, ces différents aspects peuvent avoir évolué, notre mémoire n'étant pas figée ni objective.

Ces différents aspects du souvenir dans le présent sont:

- Les **perceptions**: **visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives** de l'événement. Par exemple: le bruit de l'accident de voiture, la vision de la voiture de devant qui s'est encastrée dans la précédente, la sensation du pied qui écrase le frein. Parmi ces perceptions visuelles, une importance particulière sera accordée à l'image du pire moment, en raison de sa connexion particulière à l'impact émotionnel de l'événement: c'est l'élément visuel de la mémoire sensorielle connectée à l'événement.

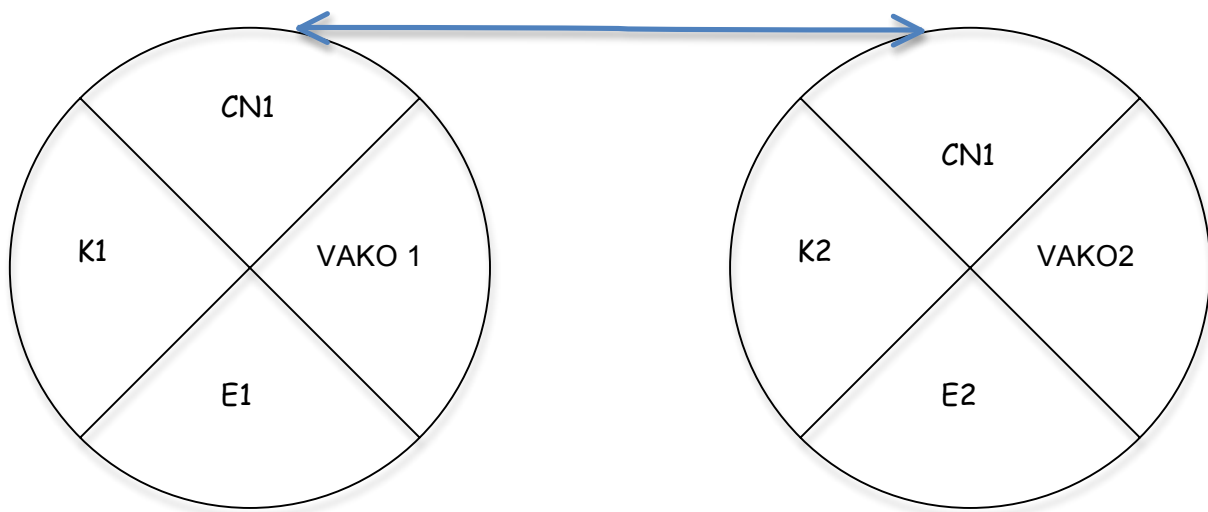
- Au niveau auditif, on pourrait également rajouter la catégorie des **pensées** (Shapiro, 2001), qui font référence à des souvenirs de choses que l'on s'est dit à soi-même, comme: « Quelle garce ! », « Il va me tuer », « Quelle horreur ! ». Shapiro les classe séparément des croyances, qui font référence à des idées que l'on a toujours maintenant sur soi-même. Dans le cas de l'accident cela pourrait être: « Ça y est, je vais mourir ».
- Au niveau physique, se rajoutent également les **sensations physiques** par lesquelles se traduisent les affects primaires. Ces derniers sont effectivement généralement identifiés exclusivement au travers de leur localisation perçue.
- Le souvenir est également accompagné des **émotions** apparaissant dans le présent à son évocation. Ces émotions peuvent être les émotions ressenties au moment de l'événement, et toujours présentes aujourd'hui; ce peuvent être aussi des émotions actuelles qui n'étaient pas présentes à l'époque. Exemple: une humiliation subie en tant qu'enfant a donné lieu sur le moment à un sentiment de honte. Aujourd'hui, en se souvenant de l'événement, le patient peut rapporter un sentiment de honte, ou un sentiment de colère (actuelle mais non présente à l'époque).
- Les **croyances** sont des idées que la personne se fait sur elle-même, sur la vie ou sur les autres en relation avec l'événement. Une importance particulière est apportée à la croyance négative la plus forte et portant sur soi-même, générée par l'événement. Celle-ci se généralisera facilement dans la vie de la personne, et constituera un déclencheur puissant de mal-être et de réactions disproportionnées.

Réseau de mémoire



1.1. Hiérarchie et connexion des réseaux de souvenirs

Les souvenirs se stockent dans la mémoire et se connectent entre eux selon la logique « qui se ressemble s'assemble ». Tout aspect, même partiel ou même approximatif d'un souvenir, peut donner lieu à une connexion à un autre souvenir s'ils le partagent.

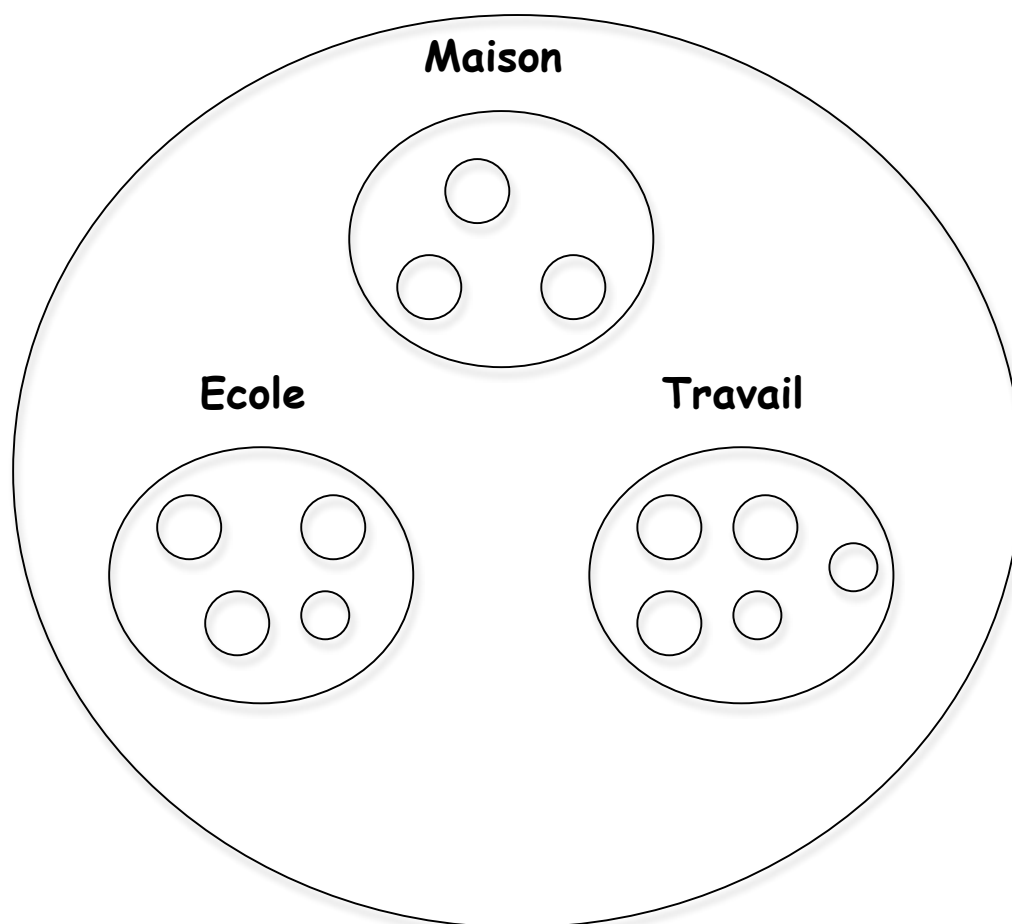


Les différents souvenirs forment ainsi des « grappes », des réseaux de souvenirs, liés par un même thème, ou par d'autres aspects communs.

Par exemple: tous les souvenirs d'humiliations; tous les souvenirs liés à un lieu,...

De petits réseaux formés par des aspects communs précis, se connectent pour former des réseaux plus larges connectés par des aspects plus généraux : un petit réseau contenant les souvenirs relatifs aux expériences d'humiliation à l'école est connecté avec un autre petit réseau lié aux souvenirs d'humiliation à la maison, et avec celui du milieu professionnel. Tout cela forme le plus grand réseau de souvenirs relatifs à l'humiliation.

HUMILIATION



2. Le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI)

2.1. Qu'est-ce que le TAI?

Ce modèle a été proposé par Francine Shapiro, qui a développé l'EMDR (1995, 2001).

Francine Shapiro a proposé 3 principes qui forment le cœur du modèle TAI.

a) Principe 1

Il existe un système intrinsèque de traitement de l'information qui a évolué pour permettre aux humains de réorganiser leurs réponses à des événements de vie perturbants. C'est ce qui nous permet, passés les premières réactions émotionnelles suscitées par un événement, de nous calmer et de voir les choses avec plus de distance.

De la même manière que nous avons une capacité à nous guérir par nous-mêmes lorsque nous nous blessons (cicatrisation,...), nous avons également la capacité à nous rétablir de nos blessures psychiques.

b) Principe 2

Un événement traumatique ou un stress persistant pendant une étape développementale peut perturber le système de traitement de l'information.

c) Principe 3

Il est possible de rétablir l'équilibre du système adaptatif de l'information via le protocole et les stimulations bilatérales de l'EMDR. Ceci relance le traitement bloqué de l'information, qui peut alors progresser jusqu'à ce qu'il atteigne une résolution adaptative pour le patient.

Selon la métaphore de la guérison d'une blessure physique, si un chirurgien peut enlever les blocages à la guérison, comme une tumeur ou une infection, aucun chirurgien ne peut faire guérir une blessure : il faut laisser la nature faire son travail.

De la même manière, lorsqu'en tant que thérapeutes nous faisons une intervention technique, c'est pour enlever le grain de sable qui bloque la machine de notre capacité d'auto-guérison. Nous n'avons pas le pouvoir de faire guérir quelqu'un, mais bien de lui permettre d'être dans les conditions où son psychisme guérit tout seul.

2.2. Comment fonctionne le TAI

Quand un adulte en bonne santé psychique est exposé à un événement stressant - comme lorsqu'un ami s'énerve et nous crie subitement dessus - nous avons normalement une première réaction de stress faite d'agitation, de peur, de honte ou de colère. Les marqueurs de stress physiologiques tels que le rythme cardiaque, la pression sanguine et les hormones de stress s'élèvent soudain, et des pensées irrationnelles et impulsives telles que de l'auto-critique surgissent, ainsi que l'impulsion de se sauver ou de frapper, ou encore de subir sans rien dire.

L'ensemble de nos perceptions, pensées, sensations, émotions et croyances constituent le réseau dysfonctionnel d'information: notre système est sorti de l'équilibre.

En tant qu'adulte sain, nous avons par ailleurs une bonne estime de nous et la mémoire d'expériences où nous avons agi correctement, et où les autres nous ont respectés. Ces souvenirs s'accompagnent de croyances telles que « je fais bien les choses habituellement », « je suis une bonne personne », etc.

L'ensemble des perceptions, pensées, sensations, émotions et croyances liées à ces souvenirs ressources constituent le réseau adaptatif de l'information

Après avoir dormi et rêvé, éventuellement avoir parlé de cela à des amis ou à nous-mêmes, nous sortons de notre perturbation émotionnelle et en tirons des leçons. Notre état émotionnel retourne à l'équilibre et notre perspective cognitive (nos pensées) devient adaptative. Au lieu de penser « j'ai fait quelque chose de mal », on réalise « il est un peu à cran pour le moment à cause de la maladie de sa femme; il réagit mal à toutes les contrariétés pour le moment. Je n'ai rien fait de mal ».

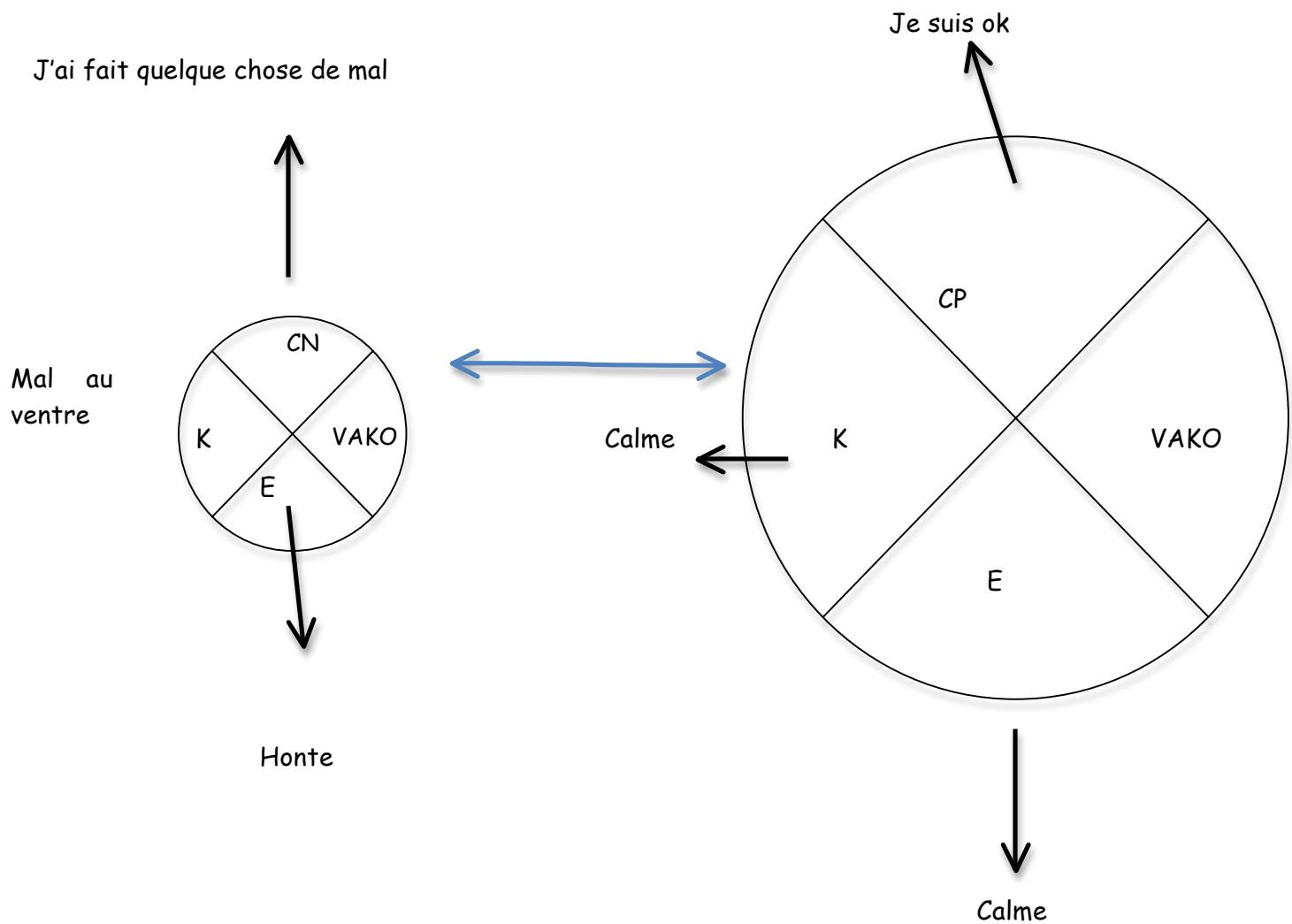
Non seulement les émotions, notre physiologie et nos pensées reviennent à la normale, mais nous avons aussi mis en place un schéma de reconnaissance pour que, si une situation semblable venait à se représenter, nous puissions réagir différemment. Par exemple, dire « Je comprends que tu traverses une période difficile, mais je te serais reconnaissant de me parler plus calmement ».

L'ensemble de nos perceptions, pensées, sensations, émotions et croyances revenues alors à l'équilibre constitue à nouveau un réseau adaptatif de l'information.

Nous voyons donc que le TAI agit sur les réseaux de souvenirs: **il met en relation le réseau de souvenirs dysfonctionnel** (la croyance « j'ai fait quelque chose de mal » et tous les autres aspects de ce réseau) **avec le réseau adaptatif** (« je suis une bonne personne » et tous les autres aspects de ce réseau). De par la simple mise en communication des deux réseaux, les aspects dysfonctionnels sont effacés par les informations du réseau adaptatif, **pour ne plus former qu'un réseau à nouveau adaptatif.**

RESEAUX DE STRESS

RESEAU ADAPTATIF



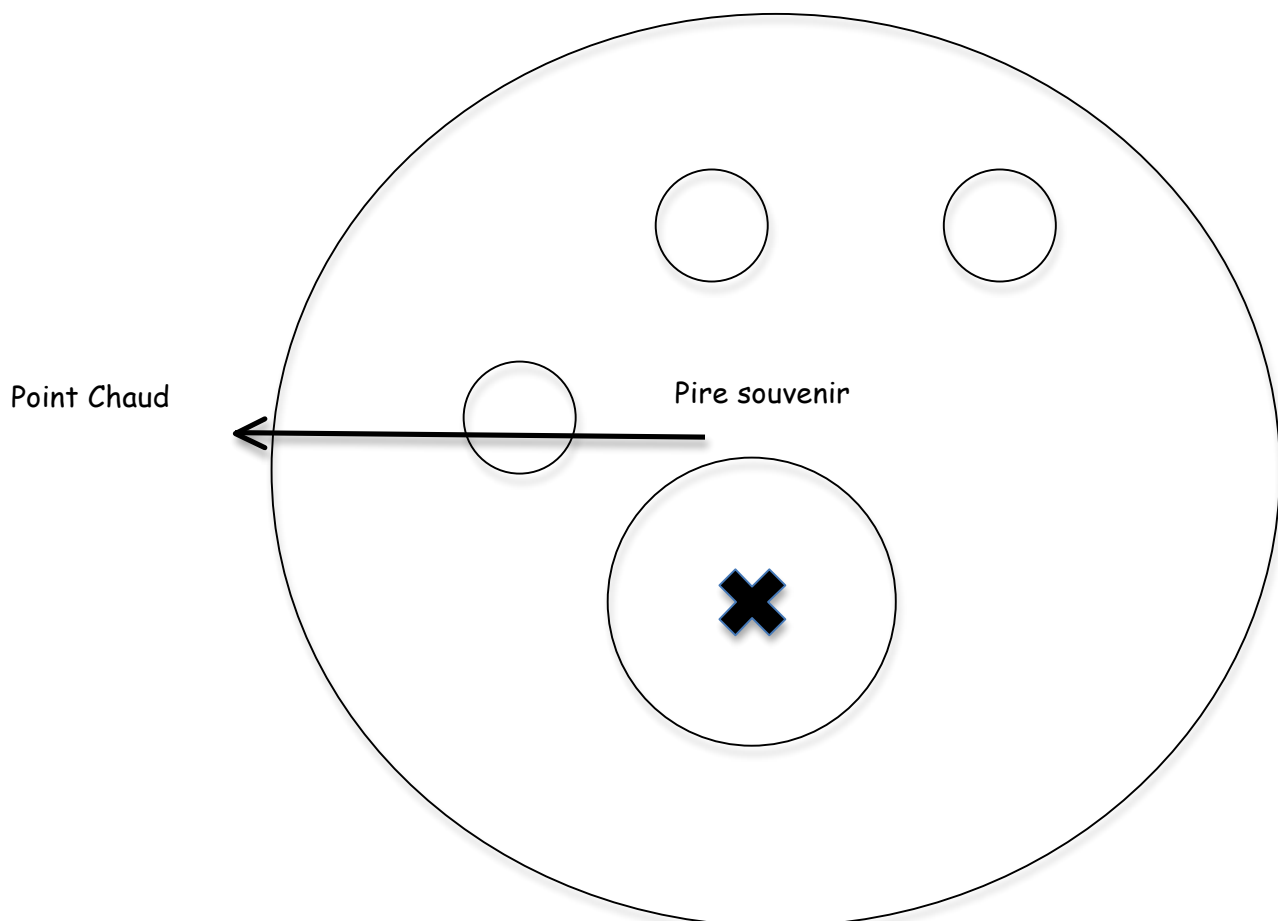
3. TAI et plan de traitement

3.1. *Comment traiter un réseau de souvenirs dysfonctionnel?*

Il y a plusieurs manières de traiter un réseau de souvenirs dysfonctionnel. Certaines méthodes thérapeutiques ne fonctionnent pas bien lorsque l'on tente de traiter l'entièreté du réseau. En revanche, elles deviennent très performantes dès que l'on cible le souvenir le pire ou le plus fort du réseau, ou mieux encore, le « point chaud » du pire souvenir. C'est le cas de l'EMDR et, dans une moindre mesure, de l'EFT. Dans ce cas, une certaine (ou totale) généralisation - effet tache d'huile - se fait, et le reste du réseau est en partie (ou totalement) traité lui aussi.

D'autres méthodes arrivent très bien à traiter directement l'entièreté du réseau (ensemble de souvenirs et d'événements). C'est le cas de la TAT et de l'hypnose. Mais elles peuvent également, quand c'est nécessaire, se focaliser davantage sur une cible précise dans le réseau.

ENTIERETE DU RESEAU



3.2. La logique chronologique du conditionnement

En vertu du conditionnement, tout événement actuel ayant un déclencheur (une **clochette**, cf. Pavlov) en commun avec un réseau dysfonctionnel du passé déclenchera les informations (sensations, réactions physiologiques, croyances,...) stockées dans ce réseau. Il en résultera que notre réponse actuelle sera elle aussi dysfonctionnelle.

C'est pourquoi il est important de traiter d'abord les réseaux dysfonctionnels du passé qui sont redéclenchés par le problème actuel. Une fois le réseau dysfonctionnel du passé transformé en réseau adaptatif, plus rien ne nous empêche d'être adaptatifs dans le présent.

Le protocole de base est donc un protocole respectant la succession suivante pour les cibles : travailler dans l'ordre sur le passé, puis le présent, et enfin le futur.

3.3. Action du TAI sur les réseaux de souvenirs d'un adulte équilibré

d) Lorsque la situation n'est pas trop perturbante

Le TAI va faire automatiquement son office et les choses vont rentrer dans l'ordre avec le temps (auto-guérison).

e) Lorsque la situation est trop perturbante

Le TAI peut ne pas pouvoir se faire. Il est alors nécessaire de faire une intervention de déblocage (technique thérapeutique) pour lui permettre de continuer son action (cf. ci-dessus : principe 3 de Francine Shapiro).

3.4. Action du TAI en cas de manque de ressources dans un domaine précis

Dire que le patient (enfant ou adulte) manque de ressources veut dire que les réseaux adaptatifs dont le TAI aurait besoin - pour les relier aux réseaux dysfonctionnels de même thème - manquent. Ceux-ci ne peuvent donc se dissoudre et restent en l'état. La guérison ne peut donc survenir.

Dans le cas envisagé ici, ce phénomène est limité à un thème isolé. La réactivation du TAI nécessitera alors des procédures supplémentaires telles que l'installation de ressources concernant ce thème.

3.5. Action du TAI en cas de manque de ressources dans un large domaine de la constitution de l'identité

Lorsqu'une personne n'a pas pu avoir suffisamment d'expériences positives, ou a eu trop (ou de trop fortes) d'expériences négatives dans les domaines importants de la constitution de l'identité - tels que la sécurité et l'estime de soi - il ne dispose alors pas

de réseaux adaptatifs suffisamment forts. On parle alors d'un patient présentant un traumatisme complexe.

Dans ce cas, le fonctionnement même du TAI peut être, non pas bloqué, mais même affecté d'un point de vue développemental : il peut n'avoir pas pu se mettre suffisamment en place.

Il faudra donc non seulement instaurer des ressources (créer ou renforcer des réseaux adaptatifs), mais également opérer une stabilisation et utiliser un protocole inversé (futur/présent/passé).

En effet, le TAI ne fonctionnant pas normalement, et les parties infantiles étant pourvues de si peu de ressources, il peut s'avérer trop déstabilisant de travailler prioritairement sur le passé. Il faut donc stabiliser le patient, lui donner des ressources et travailler d'abord sur des cibles plus légères.

4. Echelles de mesure

4.1. Le SUD

SUD = subjective units of distress / disturbance.

C'est une échelle mesurant la perturbation négative entre 0 et 10.

0 = pas de perturbation (neutre ou positif)

10 = perturbation la plus forte imaginable pour cet événement

4.2. Le VOC

VOC : Veracity of cognition

C'est une échelle mesurant à combien entre 1 et 7 une croyance (positive ou négative) résonne comme vraie.

1 = tout à fait faux

7 = tout à fait vrai

5. La stabilisation

Le **lieu de sécurité**, le **coffre-fort**, le **contenant** et l'**état de base** sont des techniques psychothérapeutiques utilisées en traumatologie.

Le **lieu de sécurité** et le **coffre-fort** s'utilisent **après le traitement incomplet d'une cible** pour apaiser les patients en fin de séance, si le SUD n'est pas suffisamment descendu. Ces techniques permettent de ramener le patient à un état suffisamment calme pour rentrer chez eux, et évitent les effets 'rebonds' entre deux séances.

Le **contenant** et l'**état de base** visent à réapprendre au cerveau à laisser les préoccupations diverses de côté, pour pouvoir se sentir en sécurité et détendu lorsqu'on est en sécurité. Ce sont des techniques de fond pour permettre au système nerveux de s'apaiser de manière durable et quotidienne, ainsi que lorsque c'est nécessaire pendant une séance. Le contenant permet, de manière générale, de mettre 'de côté' les perturbations ou d'apaiser les parts qui surgissent et empêchent le bon déroulement de la tâche thérapeutique en cours.

La **procédure d'urgence Quick Remap en 4 points** est utilisée pour apaiser le système nerveux en cas d'abréaction.

Important : quand une séance est difficile, gardez toujours l'heure à l'œil et conservez 5 à 10 minutes pour la stabilisation (coffre-fort et/ou lieu de sécurité, contenant, points Remap).

5.1. Le lieu de sécurité

Pour pouvoir être utilisée, cette technique est impérativement à faire **avant** de traiter une cible difficile.

On demande à la personne de choisir l'évocation mentale d'un lieu associé à une atmosphère de paix, de bien-être, de sérénité et de sécurité.

« Je voudrais que vous imaginiez un endroit où vous vous sentez bien, un endroit dont l'atmosphère est paisible, un endroit qui vous évoque le bien-être, la sérénité et la sécurité. Ce peut-être un endroit où vous êtes allé, comme un endroit de vacances, ou un endroit familier - certaines personnes choisissent leur bain, ou leur jardin. Cela peut être aussi un endroit tout à fait imaginaire, mais dans lequel vous aimeriez être. »

On demande à la personne de préciser dans toutes les modalités sensorielles ce qu'elle aime et ressent dans cet endroit : aspects visuels, auditifs, kinesthésiques.

On lui demande ensuite de s'imaginer y être, en se concentrant sur sa respiration et en fermant les yeux afin de se détendre. Pendant ce temps, on lui parle de tous les éléments sensoriels dont qu'elle nous a décrits, pour l'associer à ses sensations.

Ex : « Imaginez que vous êtes vraiment sur cette plage. Vous sentez le vent sur votre visage, la chaleur du soleil. Vous entendez le bruit des vagues, et des enfants qui jouent plus loin. Vous sentez le sable sous vos pieds. Et vous restez là à ne rien faire de particulier, à ne penser à rien de particulier, juste à profiter de l'atmosphère de paix et de sécurité de cet endroit. »

On peut, pour plus d'effet, et après avoir demandé la permission au patient, faire en même temps des tapotements **alternés** et **très lents** (environ un tapotement toutes les 2 secondes) sur le côté des genoux du patient (technique issue de l'EMDR et utilisant des points REMAP). On peut le faire à deux reprises pour plus d'efficacité.

Après une séance difficile, si le SUD est élevé (et/ou si le patient le désire), on lui propose de se remettre à nouveau dans cette image mentale, en fermant les yeux. Pendant ce temps, il faut **impérativement lui reparler des éléments sensoriels** (cf ci-dessus) pour bien le connecter à la scène sécurisante, car il faut le débrancher des sensations négatives de la cible traumatique.

5.2. Le coffre fort

L'idéal est de l'expliquer au patient avant de traiter des cibles trop fortes, mais on peut aussi l'employer en urgence (sans préparation) après une séance difficile.

Construisez l'image mentale du coffre avec le patient, par exemple de la manière suivante:

« Fermez les yeux, et imaginez un coffre-fort bien solide. Regardez-le bien et voyez quelle est sa taille, sa couleur, l'épaisseur des parois. Maintenant regarder quel est le mécanisme d'ouverture et de fermeture de la porte : faut-il une clé, est-ce un code ou autre chose ? Actionnez le mécanisme, ouvrez la porte. Maintenant, vous allez mettre toutes vos sensations négatives, tous les souvenirs difficiles, tout ce qui vous encombre et dont vous voulez être débarrassé d'ici la prochaine séance, tout cela, vous le mettez dans le coffre. Votre esprit peut faire cela comme il veut : sous forme de symboles, d'images, de photos... Vérifiez bien en vous que vous avez bien mis dans le coffre tout ce qui vous pesait. Maintenant, fermez la porte et verrouillez-la, avec la clé ou le code. Regardez le coffre, tout y est enfermé maintenant. Si vous le voulez, vous pouvez mettre ce coffre quelque part, ou le laisser là. Vous pouvez l'enterrer, le mettre au loin, ou en orbite autour de la terre; ce que vous voulez. Prévenez-moi quand c'est fait. »

Après cela, on peut connecter le patient à son lieu de sérénité.

5.3. Le contenant

D'après les travaux de Kathie O'Shea

Exemple de script :

« Nous savons qu'il y a une foule de choses qui nécessiteraient d'être traitées. Pour cela, il nous faut un moyen pour les mettre de côté, jusqu'à ce que nous puissions nous en occuper morceau par morceau. Notre hémisphère droit stocke des expériences, des connaissances et de l'information, jusqu'à ce que nous puissions leur accorder toute l'attention et en apprendre tout ce que nous devons en apprendre. Nous pouvons aider notre hémisphère droit à mettre de côté les choses sur lesquelles nous ne travaillons pas, en utilisant l'image mentale d'un contenant ou d'un lieu où nous pouvons les poser.

Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit, quand vous pensez à un lieu où vous pouvez mettre de côté tout ce qui nécessite d'être traité, jusqu'à ce que vous ayez la possibilité de lui accorder toute votre attention ? Cela peut être une image dans votre esprit ou le souvenir d'un contenant que vous connaissez.

(Pause)

Quel est votre contenant ?

(Pause)

Maintenant, mettez votre attention sur votre (contenant) et laissez y glisser tout ce qui devra encore être traité, quelques soient ces choses et quelques soient leur forme. Dites-moi quand tout y est, et si tout s'est bien passé.

(attendez jusqu'à ce que la personne indique que tout est dans le contenant)

Je voudrais que vous utilisiez ce contenant d'ici à la prochaine séance, pour que votre cerveau l'utilise de mieux en mieux. Si votre (contenant) se modifie ou se développe, c'est très bien. »

Indications :

Le contenant ne devrait pas être quelque chose que les personnes voient fréquemment dans leur vie quotidienne. Ce dernier pourrait alors fonctionner comme un déclencheur.

Le contenant devrait avoir une porte ou une serrure, ou un moyen de maintenir le matériel à l'intérieur.

Autres métaphores et scripts utiles :

« Parfois nous restons sur nos gardes, même si nous sommes en sécurité. Notre amygdale est de service 24h sur 24, que nous soyons endormis ou réveillés, scrutant tous les aspects de notre environnement à l'intérieur et à l'extérieur. Elle peut répondre en une demi milliseconde ; ainsi nous n'avons aucun besoin d'être consciemment vigilant. Cela nous épuise et nous empêche d'être capable de répondre au danger quand il y en a. Notre amygdale nous protège efficacement et inconsciemment. Notre vigilance consciente est très peu efficace en regard de celle de notre amygdale ; nous allons apprendre à laisser de côté la vigilance consciente pour laisser notre amygdale être vigilante pour nous. Ainsi nous pouvons nous sentir en sécurité quand nous **sommes** en sécurité. Notre amygdale nous préviendra immédiatement s'il y a un danger. Pour vous sentir en sécurité quand vous êtes en sécurité, il faut fermer les pop ups disant 'danger', et qui ne sont plus d'actualité maintenant que vous êtes en sécurité. Il est donc nécessaire de laisser aller tout ce qui a besoin d'être traité dans le contenant. »

« Quand notre cerveau est stressé, c'est un peu comme si nos soucis étaient autant de pop ups ouvertes sur notre bureau. Tous ces soucis ou empreintes d'événements passés sont actifs et ils encombrant notre esprit, nous empêchant d'être dans l'instant présent, disponibles pour ce à quoi nous voulons nous consacrer. Utiliser le contenant, c'est comme lancer un programme qui ferme automatiquement toutes les pop ups, laissant le bureau libre et dégagé. »

« Votre cerveau droit est habitué à refouler facilement les choses, en particulier lorsque vous passez à une activité, et oubliez la précédente. Ce n'est pas votre cerveau gauche, analytique, volontaire, qui opère cela. C'est votre cerveau droit, votre inconscient, qui refoule **sans que vous ayez à faire quoi que ce soit**. Lorsque vous utilisez un antivirus, vous ne faites que cliquer sur 'go' et que vous ne devez pas chercher quels fichiers il faut nettoyer, ni faire d'effort pour les nettoyer. De la même manière, pour fermer les pop ups, vous n'avez pas besoin de vous demander lesquelles, simplement avoir l'intention de lancer le programme. C'est à dire que simplement en mettant votre attention sur votre contenant et en y laissant glisser sans effort tout ce qui vous encombre, vous donnez instruction au programme anti popup de dégager votre bureau. »

« Il ne faut rien essayer de faire. C'est juste comme regarder un canal à la télé, une chaîne spéciale 'pour contenir'. Contentez-vous juste de regarder, simplement et sans effort. Votre cerveau sait comment faire, laissez -le faire ce qu'il sait faire tout seul»

Si le patient fait état d'une difficulté particulière :

« Ok. Bien. Mettez votre attention sur votre contenant et laissez-y glisser tous les souvenirs, toutes les empreintes, de tout ce qui a mené à (ce problème). »

Exemple :

« Cela ne va pas. Chaque fois que je mets tout dans le contenant, cela m'angoisse ».

réponse : « Votre cerveau est tellement habitué au stress que cela le stresse de ne pas sentir de stress. C'est normal. Mettez votre attention sur votre (contenant) et imaginez

que tout ce qui a conduit à ce que votre cerveau soit stressé en permanence, tous les événements, toutes les empreintes et traces de cela, tout glisse dans le contenant. »

Si un matériel urgent se présente et refuse d'aller dans le contenant :

« Quelque chose d'important est vraiment prêt à être traité. Nous allons nous en occuper, mais la première chose est d'être bien préparé pour le faire. Je vous propose de le mettre temporairement dans le contenant, le temps de faire la place sur le bureau, le temps que votre cerveau puisse s'apaiser pour être dans l'état idéal pour traiter cela. Soyez rassuré qu'on traitera cette chose dès que vous serez prêt et que nous le déciderons. Est-ce que cela va pour vous ? »

On peut aussi fixer un 'rendez-vous' pour le traitement de ce problème : « Soyez rassuré que nous traiterons bien cela. Nous pouvons le traiter la prochaine fois. Est-ce que cela vous irait de le traiter la prochaine fois, et qu'aujourd'hui nous terminions d'apprendre à utiliser le contenant ? »

Si vous repérez que le blocage est dû à l'émergence d'un état du moi :

Occupez-vous de cette part : soyez rassurant.

Vous pouvez :

- Avoir recours à la méthode du contenant : identifiez (pour vous-même et le patient) la part du moi, son besoin, ses peurs. Dites ensuite:

« Mettez votre attention sur votre contenant et laissez-y glisser tous les événements, toutes les empreintes, de tout ce qui a mené à ce que cette partie se sente (...), ait peur que (...) et ait besoin de (...). Vous n'avez pas besoin de les connaître. »

- Lui proposer :

- un lieu de sécurité personnalisé

Si les blocages perdurent:

"Imaginez comment ce serait si ce problème (citez-le) était résolu"

Exemple: si la personne a une sensation physique dans la poitrine qui ne part pas:
"Imaginez ce que ce serait si cette sensation avait disparu et que vous sentiez votre poitrine libre et dégagée"

5.4. L'état de base

Script

(Si vous ne venez pas de le faire:)

« Mettez simplement votre attention sur votre (contenant) et laissez-y aller tout ce qui doit être mis de côté. »

(lorsque le patient confirme que c'est fait, continuez)

« Votre corps et votre esprit savent déjà ce qu'il faut faire, faisons-leur confiance. Notez seulement, simplement et sans effort, avec curiosité, ce que ressent votre corps. Je vais faire quelques stimulations gauche/droite pour accélérer le processus et nous verrons simplement ce qui se passe. Je peux faire des tapotements sur le côté de vos genoux ? Observez seulement ce qui se passe. »

Continuez à tapoter jusqu'à ce que le patient atteigne un état de conscience relaxée, notre état quand il n'y a aucun danger. Dites :

« Tandis que vous laissez votre attention sur ce que vous ressentez maintenant, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit ? Je voudrais que vous ayez un moyen de rapidement faire revenir ce ressenti que vous avez maintenant, en y associant ces mots, et je continue les tapotements. Pensez juste à ces mots ».

Tapotez pendant 30 secondes, puis demandez :

« Ces mots sont-ils restés les mêmes ou ont-ils changé ? »

S'ils ont changé, continuez jusqu'à stabilisation des mots et de l'état.

Lorsqu'ils ne changent plus, donnez à votre patient les **instructions de pratique du contenant et de l'état de base** d'ici la prochaine séance et/ou pour les 15 jours à venir (voir ci-dessous).

Si le patient n'arrive pas à connecter l'état de base :

- Si de la détresse surgit : « Laissez aller cela dans votre (contenant) pour l'instant. Nous y reviendrons plus tard. »

- Si le patient n'arrive toujours pas à accéder à un état détendu : il peut s'agir d'un état dissociatif (état du moi). Procédez comme pour le contenant.

Instruction de pratique du contenant et de l'état de base :

Votre amygdale peut être vigilante inconsciemment pour vous, 24h/24. Vous n'avez plus aucun besoin d'être vigilant consciemment.

Il faut environ deux semaines de pratique à votre corps et votre cerveau pour sortir de l'habitude d'être dans un mode sans cesse vigilant et pour développer un mode sain, naturel et détendu.

Je vous demande de pratiquer le contenant et l'état de base pendant ces 15 jours (ou jusqu'à la prochaine séance). Vous le faites simplement en mettant votre attention sur

votre (contenant) et en vous disant (mot de l'état de base). Vous n'avez pas besoin des tapotements.

Faites-le au lever, au coucher, et lorsque vous changez d'activité.

Vous pouvez également le faire lorsque vous êtes perturbé par quelque chose, ou tout simplement lorsque vous êtes tranquille un instant et que vous y pensez.

Veillez à ne faire cela que lorsque vous êtes en sécurité objective (même si vous ne vous sentez pas subjectivement en sécurité).

5.5. La procédure d'urgence Quick Remap en 4 points

Cette procédure permet de calmer rapidement le système nerveux.

Méthode basique: le patient stimule (masse ou appuie sur) chaque point pendant environ une minute.

Méthode adaptative: Stimuler le point au moins 15 secondes pour savoir si le point fait de l'effet. Ensuite demandez: "Est-ce que cela aide?"

- Si oui, continuer la stimulation tant que la tension interne (émotion, sensation physique) diminue. Dites au patient: "continuez jusqu'à ce que cela ne s'améliore plus" (une minute maximum). Ensuite changez de point.

- Si cela n'aide pas ou que la tension augmente, changez de point.

L'ordre des points n'a pas d'importance.

Les points utilisés sont :

- **GI4**

Point d'acupuncture sur le méridien du gros intestin, sur le dos de la main entre les métacarpes du pouce et de l'index.



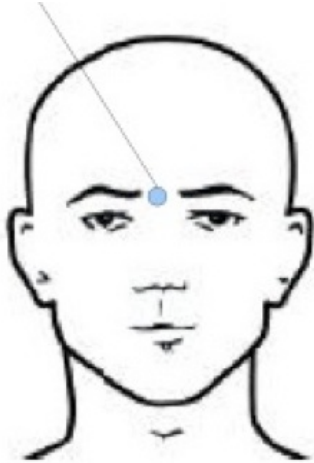
- **E36**

Point d'acupuncture sur le méridien de l'estomac

Ce point se trouve en partant de la rotule. De là, descendre juste en dessous du renflement (tubérosité tibiale) au-dessus de l'os de la jambe (tibia). A partir du dessous du renflement, se déplacer d'un quart de pouce vers l'extérieur de cet os (latéralement du bord antérieur du tibia).



- **Point Extra 1 :**
Point à la racine du nez sur le front



- **Point de relaxation de l'oreille**
Vers le haut et l'avant



Protocole :

- Tenir chaque point pendant 1 minute environ ou jusqu'à ce que l'intensité arête de diminuer
- Recommencer si nécessaire

6. Les éléments d'une cible

Comme nous l'avons vu, un souvenir est stocké dans les réseaux de souvenirs sous la forme de perceptions (VAKOG), pensées, sensations, émotions et croyances.

C'est pourquoi une cible peut être définie avec les éléments suivants:

- Images
- Croyance(s)
- Emotion(s)
- Sensation(s) physique(s)
- SUD

Une cible, étant un souvenir, doit être un **événement qui a été vécu** et non un concept.

7. Trouver le centre de la cible

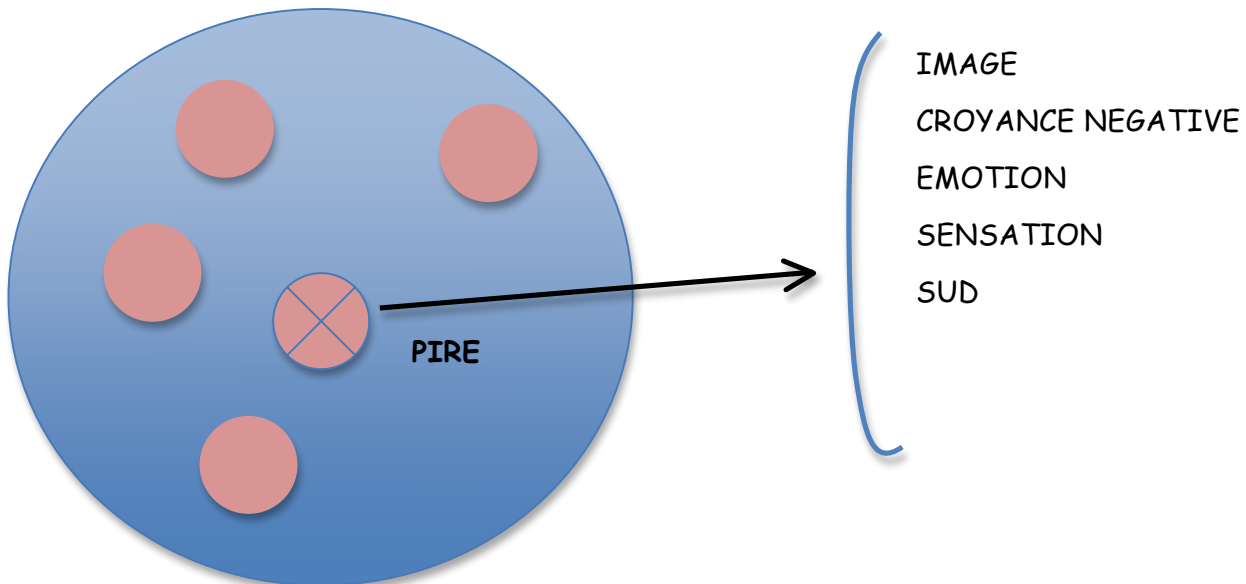
Pour certaines méthodes thérapeutiques (EMDR, EFT, Remap), plus la cible est précise, plus le traitement est rapide et efficace. On cherche alors le centre de la cible, c'est à dire le 'point chaud' ou 'le pire' de ce souvenir. Dans la métaphore du film, c'est le pire moment du film.

Plus le patient concentre son attention le pire du souvenir, plus le traitement du souvenir sera rapide.

Voici les aspects qui permettent de connecter le patient à ce centre:

- Im : l'image du pire moment du souvenir
- CN : la croyance négative la plus invalidante associée au souvenir
- E : l'émotion (on peut en accepter plusieurs; en identifier cependant la plus forte)
- K : la sensation physique
- SUD

Le SUD ainsi trouvé pourrait être supérieur à celui trouvé pour cette cible auparavant, dans la mesure où la personne est effectivement connectée au 'point chaud', et donc à l'intensité maximale, de son souvenir.



7.1. Trouver l'image du pire moment

Source: Shapiro, EMDR

C'est l'image visuelle associée au pire moment de l'événement. La plupart du temps, la trace la plus forte, ce qui nous revient le plus d'un événement, c'est ce que l'on voit dans notre tête quand on y pense.

Plus rarement, ce qui vient n'est pas l'image visuelle, mais plutôt le souvenir auditif de mots qui ont été dits, ou de bruits (dans un accident...), ou alors le ressenti physique qui s'est imprimé en nous.

Dans ce cas, trouver si possible l'image visuelle qui accompagne le souvenir auditif ou kinesthésique, et se concentrer sur l'ensemble. On appellera alors par extension cet ensemble 'l'image du pire souvenir'.

Questions:

Quelle est l'image la pire que vous voyez quand vous pensez à cela?

Ou

Quelle image représente le moment le plus difficile?

7.2. Identifier la croyance négative du pire moment

Ce sont les croyances que la personne a sur elle-même lorsqu'elle pense au pire moment.

On recherche la croyance qui sous-tend le vécu négatif actuel du souvenir. Pour la trouver, on cherche à rencontrer les critères suivants:

Critères

- Irrationnelle
- De préférence formulée en 'Je'
- Toujours valable aujourd'hui
- Relative à l'aspect le plus important de l'émotion (résonance affective)
- Généralisable: efficacité plus large

4 grandes catégories

Elle peut toujours être rapportée à un des domaines suivants:

- Manque de **sécurité**
- Manque d'**estime de soi**
- **Responsabilité/culpabilité**
- Absence de **choix**

Ces catégories suivent la chronologie développementale: le bébé a tout d'abord besoin d'avoir un sentiment suffisant de sécurité (survie). Ensuite, l'enjeu portera sur son image de lui: qui suis-je? Qui suis-je pour l'autre? (estime de soi). Les thèmes de culpabilité/responsabilité et d'absence de choix sont plus tardifs au niveau développemental.

Questions:

Quand vous pensez à cette image, que pensez-vous de vous-même?

Quand vous pensez à cette image, quels sont les mots qui vous viennent et qui disent quelque chose de négatif sur vous?

Quand vous pensez à cette image, qu'est-ce que cela dit de vous?

Quand vous pensez à cette image, quelle conclusion avez-vous tiré sur vous-même à cause de ce qui vous est arrivé?

Quand vous pensez à cette image, quelle conclusion sur vous-même coïncide avec ce ressenti/cette émotion? (selon ce que le patient a dit)

Que craignez-vous que l'on pense de vous?

Adaptez vos questions en fonction de la situation; certaines sont plus aidantes que d'autres pour une situation donnée.

7.3. Préciser l'émotion du pire moment

Il s'agit de l'émotion ressentie par le patient **quand le patient pense au pire moment** : peur, colère, angoisse, inquiétude, culpabilité, frustration, découragement, choc,....

Il peut y en avoir plusieurs. Dans ce cas, il est utile de demander au patient de préciser laquelle est la plus forte, même si on reprendra au cours du protocole l'ensemble des émotions citées.

Comme vu plus haut, il peut y avoir la réminiscence d'une émotion du passé et/ou une émotion actuelle qui n'était pas présente dans le passé.

Question:

Lorsque vous pensez à cette image de (répétez la situation) et à ces pensées négatives (répétez la CN), quelle émotion éprouvez-vous?

(S'il y en a plusieurs) Quelle émotion est la plus forte?

7.4. Préciser la sensation physique du pire moment

Il s'agit de la localisation de la sensation physique ressentie **quand le patient pense à au pire moment**: mal de tête, boule dans la gorge, nœud à l'estomac, gêne dans toute partie du corps....

Question:

Lorsque vous pensez à cette image de (répétez la situation), à ces pensées négatives (répétez la CN), et que vous éprouvez cette (ces) émotion(s), où la (les) ressentez-vous dans votre corps?

7.5. Demander le SUD du pire moment

Il s'agit du SUD ressenti par le patient lorsqu'il pense au pire moment et se connecte à (aux) émotion(s) et à la (aux) sensation(s) physique(s).

Question:

Lorsque vous pensez à cette image de (répétez le moment), à ces pensées négatives (répétez la CN), et que vous éprouvez cette (ces) émotion(s) et cette (ces) sensation(s) physique(s), à combien entre 0 et 10 ressentez-vous de perturbation? Avec 0 pour pas de perturbation du tout et 10 le plus de perturbation que vous puissiez imaginer?

8. CROYANCES ET COGNITIONS

cfr F.Shapiro (EMDR)

CROYANCES NEGATIVES

Sécurité / Survie

Je suis en danger
Je vais mourir
Je ne vais pas m'en sortir
Je ne peux pas me défendre
Je suis sans défenses
Je suis sans recours
Je ne peux pas me faire confiance
Je ne peux pas me fier à mon jugement
Je ne peux faire confiance à personne

Responsabilité / Culpabilité

Je suis coupable
J'ai fait quelque chose de mal
J'aurais dû faire quelque chose
J'aurais dû savoir quoi faire
J'aurais dû mieux faire
Je ne suis pas fiable

Estime de soi

Je ne suis pas assez bien
Je suis sans valeur
Je ne vauds rien
Je ne suis pas important (insignifiant)
Je ne mérite pas d'être aimé
Je ne mérite pas l'amour
Je ne mérite pas de...
Je ne mérite pas d'être heureux
Je ne mérite que de mauvaises choses
Je mérite d'aller mal
Je mérite de mourir
Je suis incapable
Je suis un raté (je vais rater)
Je suis stupide
Je fais des bêtises
Je suis faible
Je suis mauvais, monstrueux
Je suis méchant
Je suis horrible
Je suis indigne
Je suis laid, moche
Je dois être parfait
Je dois être parfait

Possibilité de choix

Je suis coincé, prisonnier
Je n'ai pas le choix
Je n'ai pas le contrôle
Je ne peux pas avoir ce que je veux
Je ne peux pas réussir
Je ne peux faire confiance à personne
Je ne peux pas le supporter
Je ne peux pas l'accepter
Je suis incapable
Je suis seul, abandonné

CROYANCES POSITIVES

Sécurité / Survie

Je suis en sécurité
Je suis en sécurité
C'est fini, j'ai survécu
Je peux (apprendre à) me défendre
Je peux (apprendre à) me protéger
Je peux faire quelque chose
Je peux me faire confiance
Je peux me fier à mon jugement
Je peux choisir à qui je fais confiance

Responsabilité / Culpabilité

J'ai fait du mieux que j'ai pu
J'ai fait du mieux que j'ai pu
J'ai fait ce que j'ai pu
J'ai fait ce que j'ai pu
J'ai fait du mieux que j'ai pu
Je peux faire des erreurs mais je suis fiable

Estime de soi

Je suis quelqu'un de bien
J'ai de la valeur
Je vauds la peine
Je suis important
Je mérite d'être aimé
Je peux recevoir de l'amour
Je mérite de ... Je peux avoir...
Je mérite d'être heureux
Je mérite de bonnes choses
Je mérite d'aller bien
Je mérite de vivre
Je suis capable
Je peux réussir
Je suis intelligent
Je peux apprendre
Je suis fort si je veux
Je suis quelqu'un de bien
Je suis bon malgré mes erreurs
Je suis bien comme je suis
Je suis respectable
Je suis bien comme je suis
Je peux être moi-même
Je peux faire des erreurs

Possibilité de choix

Je suis libre
J'ai le choix maintenant
J'ai le contrôle
Je peux obtenir ce que je veux
Je peux réussir
Je peux choisir à qui je fais confiance
Je peux (apprendre à) le gérer
Je peux choisir de l'accepter
Je suis capable si je veux
Je peux me faire des amis

9. Les phases du traitement

1. Protocole d'anamnèse et plan de traitement
2. Préparation (lieu sûr, contenant, état de base)
3. Traitement des cibles selon plan de traitement

10. Protocole d'anamnèse

10.1. Quel est le(s) problème(s) ? (Présent)

- Comportement ? Maladie ? Problème émotionnel ? Trauma ? Croyance ?
- Si plusieurs, quel est le problème **le plus lourd** ou **le plus urgent** à traiter.
- **En quoi** est-ce un problème ?
- Quels sont les **circonstances** et les **déclencheurs** du problème ?
- A quel **rythme** se présente le problème ?
- **Pourquoi** le client consulte t'il **maintenant** ?
- Redéfinir le(s) problème(s) en **termes clairs, précis et acceptables**.

10.2. Quel est l'historique du problème : (Passé)

- Quand a-t-il commencé ? Le client se souvient-il de la **première fois** ?
- Lister différents **souvenirs** reliés à ce problème (réseau) et identifier les souvenirs les plus chargés, responsables du dysfonctionnement.
- Quel est le souvenir **le plus douloureux**, où cela a été le plus dur ?
- Quand et comment le problème s'est-il présenté **la dernière fois** ?
- A quels **autres problèmes** peut être relié ce problème ?
- A quoi le client impute-t'il le problème ? Quelle est **son interprétation** ?

10.3. Quelles sont les solutions déjà tentées ?

- A-t-il vu des **médecins, thérapeutes** ? A-t-il pris des **médicaments** ? lesquels ? A t'il été **hospitalisé** ?
- D'autre part, qu'est-ce qu'il a déjà essayé par lui-même ?

10.4. Explorer les ressources psychiques et sociales

- Le client est-il entouré ? A-t-il une famille ? Ou est-il fort isolé ?
- Quel est son type de vie ? Quel genre d'études a-t-il fait ? Quel genre de travail ?
- A-t-il des loisirs ? des hobbies ? des rêves ? A quoi aime-t'il s'occuper ?
- Paraît-il bien ancré dans la réalité ? capable d'introspection ? stable ou très fragilisé ? autodestructeur ? suicidaire ?

10.5. Définir l'objectif(s) de guérison (Futur)

- Définir des objectifs réalistes et accessibles, en termes de comportements ou de croyances positives.
- Scenario du futur: Comment aimeriez-vous vous imaginer dans le futur dans une situation similaire?

10.6. Concevoir un plan de traitement

- Stabilisation et renforcement des **ressources**, si nécessaire
- Choix des problèmes, symptômes, **cibles** à traiter en priorité
- Travailler **passé**, **présent** et projection dans le **futur**
- Choix des **techniques** utilisées : écoute et ACP, hypnose, TAT, EFT etc....

10.7. Evaluer le traitement

- Voir les objectifs atteints. Demander **au client une évaluation** de son traitement, ce qu'il a résolu et son degré de satisfaction.
- **Feedback personnel** du thérapeute.
- « Au Revoir » et fin de thérapie.

11. Logique des 3 temps: passé/présent/futur

La logique du conditionnement des émotions douloureuses et des croyances négatives associées - événement du passé conditionnant les événements actuels - débouche sur l'approche psychothérapeutique suivante :

11.1. Passé-Etiologie

Traiter les mémoires dysfonctionnelles

11.2. Présent-Conditionné

Traiter les stimuli et événements déclencheurs

11.3. Futur-Evitement, adaptation

Traiter les peurs anticipatives

12. Notion de déclencheur du présent

12.1. Déclencheur du présent

Lorsqu'un événement n'a pas pu être 'digéré' par le TAI, un réseau de souvenirs dysfonctionnel s'est formé dans le passé. Dans le présent, toute situation qui présente un élément semblable (une clochette) va activer le réseau dysfonctionnel du passé. La réaction du présent sera donc disproportionnée, puisque non adaptative.

L'événement actuel qui déclenche le réseau dysfonctionnel du passé est appelé: 'déclencheur du présent'.

Ex: Un patient qui a été enfant battu. Les déclencheurs du présent peuvent être:

- tout comportement d'allure agressive chez autrui
- toute personne qui lève la main, même pour héler un taxi
-

Lorsque le patient nous parle de ses 'déclencheurs du présent', ils sont forcément déjà survenus et appartiennent théoriquement au 'passé' Mais dans la mesure où ce sont les choses qui surviennent actuellement dans son quotidien, on les nomme 'présents'.

D'un point de vue théorique, on pourrait dire que ce 'présent' des déclencheurs du présent englobe en fait le passé récent (par opposition au passé plus ancien qui ne peut plus être considéré comme faisant partie de la situation actuelle du patient).

12.2. Déclencheurs du passé

Un déclencheur du passé est tout simplement un ancien déclencheur du présent: lorsque le temps passe, les 'déclencheurs du présent' deviennent des 'déclencheurs du passé'. En effet, ce sont toujours des événements qui ne constituent pas la source du problème (le souvenir source), mais qui agitent une clochette qui la déclenche. Ce sont donc des 'déclencheurs' et non des 'souvenirs sources' (voir ci-dessous). Comme ils ont parfois eu lieu 10 ans plus tôt, ils méritent le qualificatif de 'passés'.

13. Niveau source et souvenir source

Le souvenir source (ou le niveau source s'il s'agit d'un réseau de souvenir) est celui qui est à la racine de l'enchaînement cause-effet: c'est celui qui, chronologiquement, a **le premier** mis à mal le TAI et **entraîné la formation d'un réseau de souvenir dysfonctionnel**. Tous les autres réseaux dysfonctionnels / cibles futures découlent de celui-là.

Identifier le souvenir source

Ceci peut être fait par des questions directes, si le patient n'a pas spontanément évoqué le souvenir ou le niveau source.

Une fois la cible précisée (voir ci-dessous), la croyance négative (CN) et l'émotion (E) identifiée, demander au patient:

- Quand vous vous sentez comme cela (citez E) et que vous pensez cela sur vous-même (citez CN) , qu'est-ce que cela vous rappelle de votre passé?
- Quand avez-vous eu pour la première fois ces pensées négatives? (CN)

Il est important que le patient **ne réponde pas de manière mentale**, avec ce qu'il 'croit' ou 'pense', ou a analysé au cours d'autres thérapies, mais bien qu'il réponde au départ de son **ressenti intérieur**.

Si le patient reste dans le mental, utilisez la technique du float back qui accentue le passage par le ressenti.

14. La technique du float back

La technique du 'float back' (remonter à la surface) est utilisée pour identifier le niveau ou le souvenir source lorsque le patient ne peut nous y conduire spontanément ou via des questions directes

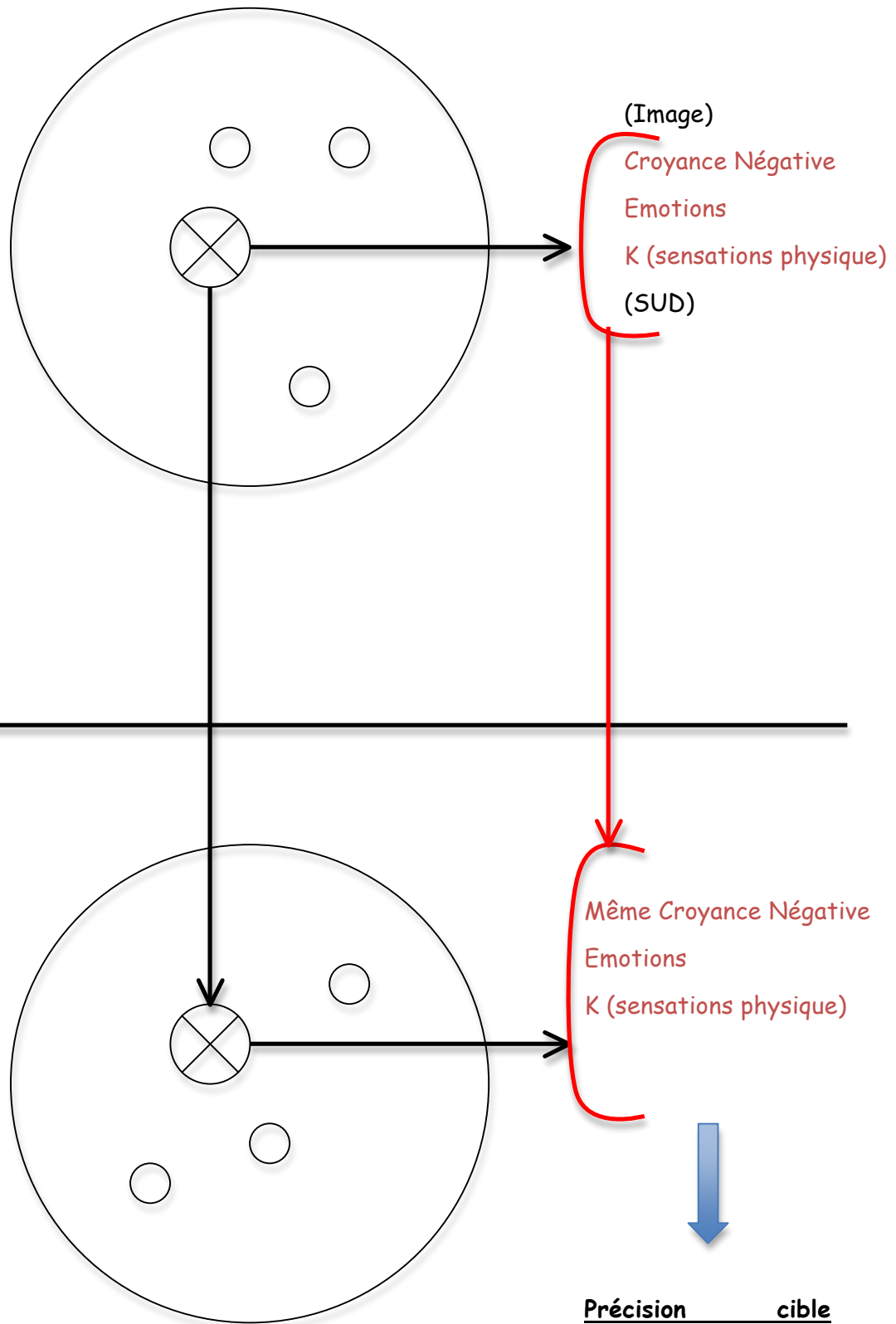
Selon le conditionnement pavlovien, lorsqu'un événement active une clochette, il va susciter la même réaction interne chez le patient : CN, émotions, sensations physiques identiques.

Le SUD de l'époque ne sera cependant pas nécessairement reproduit (phénomène d'extinction).

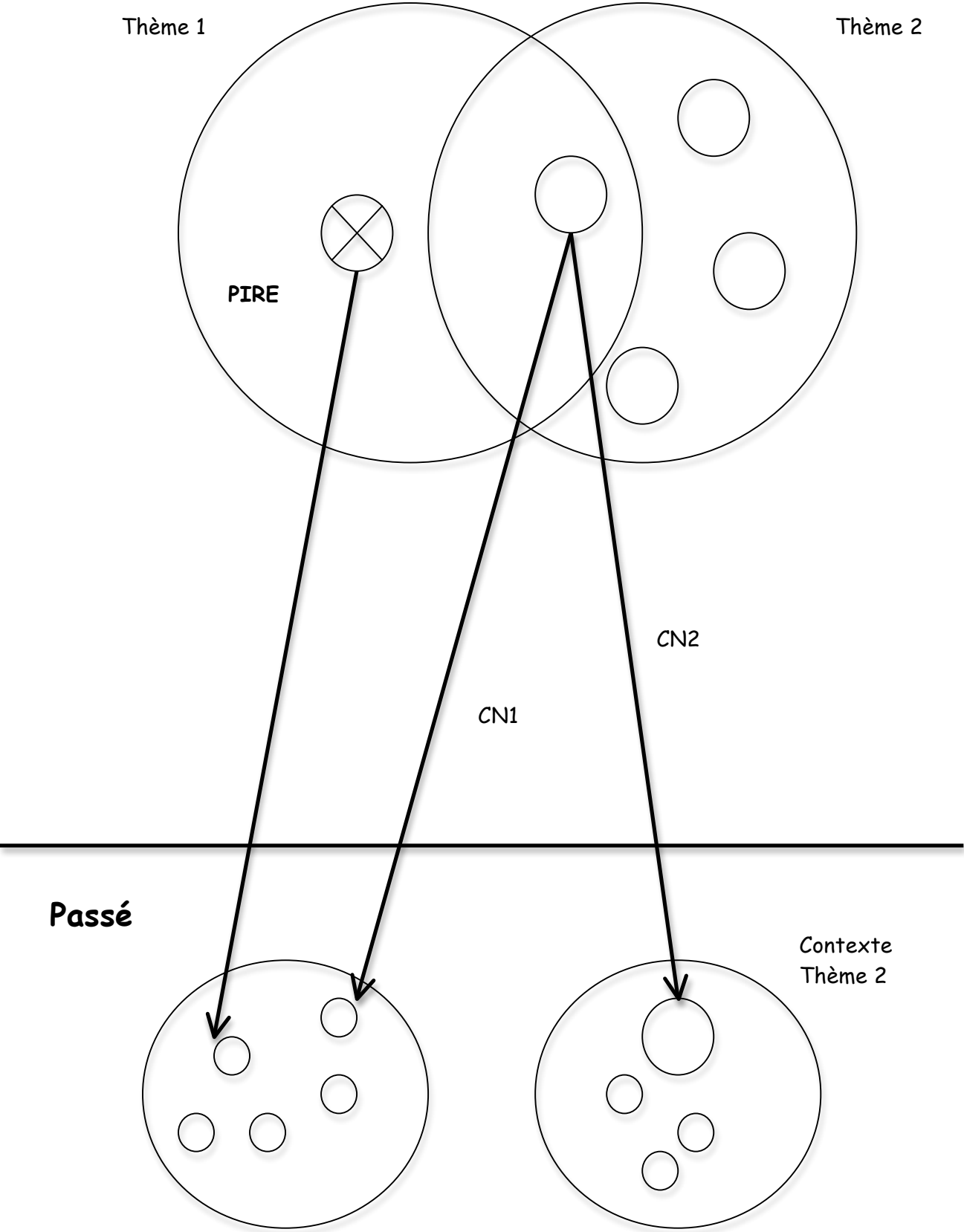
Les perceptions de l'époque ne seront pas non plus activées, sauf en cas de traumatisme sévère avec dissociation (flashbacks des vétérans,...).

Les éléments qui sont communs au passé et au présent sont donc: CN, E, K. En connectant le patient à ces éléments et en les 'remontant' comme un fil rouge vers le passé, on arrive au souvenir source. Si le patient évoque une série de situations plutôt qu'un souvenir isolé ou précis, on parlera plutôt de niveau source, au sein duquel il faudra chercher le souvenir source le plus intense.

Présent



Présent



Protocole du floatback

Précisez la cible de départ par ses éléments habituels: **Im**, **CN**, **E**, **K**, **SUD**

Dites au patient: (float back)

Pensez à cette image de (répétez la situation de la cible de départ). Quand vous vous sentez (citez E) avec ces pensées (citez la CN) et cette sensation (citez K), et que vous laissez sans réfléchir votre esprit remonter dans le passé.... à la première fois où vous vous êtes senti comme cela... qu'est-ce qui vient?

Laissez le patient décrire la situation qui lui vient à l'esprit.

S'il s'agit d'un contexte ou d'un ensemble de souvenirs, dites (identification du centre du réseau de souvenirs):

Quelle est la situation la plus perturbante parmi tout cela?

Précisez la cible de ce souvenir source:

- **Im** (image du pire moment du souvenir source)
- **CN** (doit être identique à celle du déclencheur)
- **E** (identique ou parfois modifiée par rapport au passé)
- **K** (identique ou parfois modifiée par rapport au passé)
- **SUD** du souvenir source

15. Le scenario du futur

Parfois, le patient amène directement une préoccupation pour le futur:

Ex: j'ai une réunion dans une semaine et je suis très stressé, cela ne va jamais aller.

Parfois, le patient ne parle de sa problématique que via des événements du présent et/ou du passé. Faire avec lui une projection dans le futur permet de vérifier que tout est bien désactivé dans le présent et le passé.

15.1. Préoccupation pour le futur

Si le patient amène une préoccupation pour le futur, on traite cela comme une cible:

- Quelle est la pire de son anticipation?
- Préciser la cible (Im , CN, E, K, SUD)
- Chercher la source de son anxiété dans le passé:
 - o *Qu'est-ce qui vous fait penser que cela va mal se passer?*
 - o *Qu'avez-vous vécu comme événement qui vous programme à penser ainsi?*

On retombe ainsi sur des déclencheurs du présent ou des souvenirs sources et on mène le protocole de base au départ de ceux-ci.

15.2. Scénario du futur – objectif de guérison

Lorsque le patient n'amène pas de préoccupations pour le futur, on lui demande, au cours du protocole de l'anamnèse:

Quand vous pensez à la problématique que vous avez décrite auparavant, comment aimeriez-vous vous imaginer dans le futur dans une situation similaire?

16. Etablir un plan de traitement

16.1. Choisir le thème

- S'il y en a plusieurs, quel est le problème **le plus lourd** ou **le plus urgent** à traiter.

16.2. Vérifier si le thème est isolé ou complexe

La question suivante du protocole investigate la nature isolée ou complexe (réseau étendu) du problème:

- A quels autres problèmes peut être relié ce problème ?

16.3. Lister les cibles du thème

16.3.1. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du passé:

- Quand le problème a-t-il commencé ? Se souvient-il de la **première fois** ?
- Quel est le souvenir **le plus douloureux**, où cela a été le plus dur ?
- Quand et comment le problème s'est-il présenté la **dernière fois** ?

La première, pire (plus douloureuse), dernière fois sont des cibles du passé (mais pas nécessairement des cibles sources, voir plus loin).

Il en va de même de la question suivante:

- Lister différents **souvenirs** reliés à ce problème (réseau) et identifier les souvenirs les plus chargés, responsables du dysfonctionnement.

16.3.2. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du présent:

- Quels sont les **circonstances** et les **déclencheurs** du problème ?

Les déclencheurs sont les cibles du présent.

16.3.3. Questions du protocole d'anamnèse sur les cibles du futur:

- Scenario du futur: Comment aimeriez-vous vous imaginer dans le futur dans une situation similaire?

16.4. Nature de la première cible

EFT: la cible doit être le centre du réseau = impact émotionnel maximum = le pire souvenir

16.5. Choix de la première cible précise

16.5.1. Identifier les différentes catégories de cibles :

- anxiétés pour le futur
- déclencheurs du présent

- déclencheurs du passé
- souvenir(s) (du niveau) source s'ils sont connus.

16.5.2. Lister les SUDs des différentes cibles.

16.5.3. Trouver la première cible en suivant les règles suivantes:

- Partir du niveau le plus ancien

Exception : lorsqu'il existe une cible plus urgente ou beaucoup plus importante.

- Prendre dans ce niveau le souvenir le pire, le plus fort ou le plus pénible.

= Souvenir le pire de ce niveau

Préciser la cible (Im, CN, E, K, SUD)

- Si on est au niveau source, **c'est la première cible**

- Si c'est un déclencheur (du présent ou du passé),

- faire un float back et descendre au niveau source, puis :

- Prendre dans ce niveau le souvenir le pire, le plus fort ou le plus pénible.

= Souvenir le pire de ce niveau

Préciser la cible (Im, CN, E, K, SUD)

C'est la première cible

Le plan de ciblage isolé permet de rapidement commencer à travailler sur une problématique : il identifie les déclencheurs du présent, et le pire de ceux-ci, ainsi que le scénario du futur. C'est donc une très bonne base de départ lorsque l'on veut rapidement cibler quelque chose à travailler, dans une optique plus 'thérapie brève' (une à quelques séances pour une problématique simple)

17. Traiter toutes les cibles d'un niveau donné

17.1. Vérification de la désactivation complète du niveau

On le vérifie en cherchant s'il existe encore, à ce niveau, des cibles actives, c'est à dire perturbantes:

- En **reprenant le SUD de toutes les cibles que l'ont avait repérées** dans ce niveau
- S'il n'y en avait **pas d'autres** (par exemple dans le cas d'un float back ayant mené directement à un souvenir source isolé), on pose la question suivante:

Quand vous pensez à ce thème (citez le thème dans le contexte du niveau), y a-t-il encore des souvenirs qui vous semblent perturbants?

- A) S'il en reste, on les traite un par un avec la règle suivante: traiter dans l'ordre
- Le(s) pire(s) dans l'ordre décroissant des SUDs
 - Le premier
 - Le dernier

En effet, par un **effet de généralisation** - effet tache d'huile, traiter les quelques souvenirs les plus forts va permettre une désactivation de tous les autres (cf. métaphore de la table).

B) S'il n'en reste plus, on remonte au niveau précédent.

18. Remonter au niveau précédent

C'est simple: on applique ici aussi la **règle: 'pire(s), premier, dernier'**

- Si on avait identifié le souvenir le pire du niveau précédent (ce qui est le cas en cas de float back), on commence par reprendre son SUD puis le traiter si nécessaire.

On continue ensuite avec la règle 'pire(s), premier, dernier' jusqu'à ce que l'effet de généralisation agisse et que tous les SUDs soient à zéro.

- Si on n'avait pas identifié le souvenir le pire du niveau précédent, on le fait pour pouvoir, une fois encore, appliquer la règle 'pire(s), premier, dernier' jusqu'à ce que tous les SUDs connus soient à zéro

Pensez à bien **vérifier la désactivation complète du niveau** (cf. plus haut) avant de **remonter au niveau supérieur**.

19. Protocole PPF – passé / présent / futur

- 1) Identifier les cibles conscientes des différents niveaux. En prendre les SUDs
- 2) Pour chaque niveau, prendre le pire souvenir (SUD le plus élevé) et préciser la cible de celui-ci (Im, CN, E, K, SUD)
- 3) Faire un float back si nécessaire pour parvenir au niveau source
- 4) Traitement du **niveau source (passé)**
 - (Identifier le pire, préciser sa cible et) traiter le souvenir source
 - Vérifier que le niveau est complètement désactivé (traiter les autres souvenirs)
 - Remonter au niveau des déclencheurs précédents (passé ou présent)
- 5) Traitement des **déclencheurs du passé** (si existant)
Procéder comme pour le niveau des déclencheurs du présent
- 6) Traitement des **déclencheurs du présent**
 - traiter le pire, les autres pire(s)
 - vérifier que le niveau est complètement désactivé (traiter les autres souvenirs)
 - Remonter au niveau du futur
- 7) Traitement du **niveau du futur**
 - Traiter les anticipations anxieuses s'il y en a ET/OU
 - Faire le **protocole du scénario du futur**

20. Protocole du scénario du futur

Je voudrais que vous vous imaginiez faire/réagir

Q'est-ce que vous remarquez?

- a) si positif: renforcer (pose TAT, EFT, points Remap)
- b) si perturbation: évaluer
 - s'il faut retraiter un événement du passé
 - s'il s'agit juste d'une anxiété fasce à la nouveauté / l'inconnu

Dans les deux cas, préciser la cible (Im, CN, E, K, SUD) et la traiter.

Refaire imaginer le scénario du futur et vérifier que tout se passe bien.

Si du négatif survient encore, reprendre au point b)

21. Clôture d'une séance

21.1. Séance complète

Une séance est complète si le SUD = 0

La clôture d'une séance complète ne nécessite rien de particulier.

On peut cependant proposer au patient s'il souhaite aller quelques secondes dans son lieu de sécurité.

21.2. En cas de séance incomplète : stabilisation

Une séance est incomplète si le SUD est $>$ à 0

Arrêter si possible dans un moment plus calme

Si le patient est encore activé, il est nécessaire de lui permettre de s'apaiser avant de quitter le cabinet. Plusieurs techniques sont utilisables :

21.2.1. En cas de SUD élevé

f) - Points Quick Remap

Stimulez une minute chacun des points jusqu'à un relatif apaisement.

g) - Trouver un moment ou un aspect positif de la séance

Quand rien d'autre ne fonctionne, c'est souvent une bonne manière pour arriver à connecter le patient à du positif en fin de séance. Il est rare que le patient ne puisse rien trouver de positif.

- *Qu'avez-vous appris de positif aujourd'hui?*

- Identifier et préciser la cible (Im, CP)

- Renforcer (pose TAT, tapotements EFT, points Remap)

21.2.2. En cas de SUD modéré

- Utilisez le **contenant**, s'il est efficace, et la connexion à l'**état de base** ou

- Technique du **coffre-fort** et/ou **lieu de sécurité**

22. Evaluation

Lors de chaque nouvelle séance, il est important de vérifier comment les résultats de la séance précédente ont tenu:

22.1. Séance complète:

Vérifier que le SUD est toujours à 0

22.2. Séance incomplète:

Situation

Pensez à la situation de départ sur laquelle nous avons travaillé pendant la dernière séance, qu'est-ce qui vous vient maintenant?

Emotion

Quand vous pensez à cette situation, quelle émotion éprouvez-vous maintenant?

SUD

A combien évaluez-vous entre 0 et 10 la de perturbation que vous ressentez maintenant?

Sensation physique

Où la ressentez-vous dans votre corps?

II. Les traumatismes complexes

En cas de trauma complexe, il y a dissociation structurelle de la personnalité, avec existence d'une PAN et d'une (ou souvent plusieurs) PE (voir syllabus du cours de trauma).

Le traitement des **traumas simples** se fait avec le protocole en 3 temps : on traite le passé d'abord, le présent ensuite, et enfin le futur.

En cas de **traumas complexes**, à cause de la dissociation structurelle, traiter une part n'est pas toujours supportable pour les autres parts. Il est aussi fréquent que le traitement d'une part ne se transfère pas aux autres parts. C'est pourquoi traiter les expériences traumatiques n'est PAS efficace (même si le SUD baisse ou tombe à 0 pour une scène traumatique donnée), et re-traumatise parfois le patient.

Il faut **d'abord stabiliser le patient**, augmenter ses **ressources**, et ensuite faire le protocole de traitement adapté aux traumatismes complexes : le **protocole inversé**.

Dans le protocole inversé, on traite dans l'ordre:

- les souhaits pour le futur proche
- les déclencheurs du présent
- le traumatisme en dernier !

Même lorsque l'on aborde le traumatisme ancien, il est fréquent de devoir alterner avec des ressources ou de la stabilisation.

A. Ordre des étapes pour le traitement des traumatismes complexes :

1 - Stabilisation initiale

- A : Contenant
- B : Etat de base
- C : Aider à contenir l'affect (EFT, Remap, mindfulness, mise à distance en hypnose, symbolisation,...)
-

2 - Stabilisation par ressources

3 - Protocole inversé

- petites étapes pour le futur
- déclencheurs du présent
- traumatismes du passé : allers-retours entre :
 - traitement des cibles du trauma
 - ressources
 - contenant/état de base
 - états du moi activés par le matériel traumatique
 - états du moi activés dans la relation transférentielle

B. Protocole détaillé d'installation de ressources

D'après Korn et Leeds 2002

Vous pouvez sélectionner, à chaque étape, les questions ou instructions qui correspondent le mieux au client.

1 - Identifier les ressources nécessaires pour un problème actuel

« Pensez à une situation pesante pour vous actuellement dans votre vie. Vous pouvez penser à la thérapie et au défi de travailler avec un événement traumatique. Vous pouvez penser aussi à une personne en particulier, avec laquelle vous avez des difficultés.

Lorsque vous pensez à cette situation, de quelles qualités, ressources ou forces auriez-vous besoin ?

Qu'aimeriez-vous penser de vous-même dans cette situation ?

Comment aimeriez-vous vous sentir ?

Qu'est-ce que vous aimeriez pouvoir faire ? »

Exemples de réponse :

J'aimerais me sentir plus forte.

J'aimerais me sentir plus lié.

J'aimerais me sentir plus ancré dans le sol.

J'aimerais avoir plus de confiance en moi.

J'aimerais me sentir plus courageux.

J'aimerais me sentir plus décidé.

J'aimerais me sentir plus flexible.

Je veux augmenter ma confiance dans le processus de guérison.

Je veux pouvoir me clamer. Je veux pouvoir gérer mes émotions.

Je veux pouvoir mieux mettre mes limites.

Je veux me sentir aimé.

Je veux pouvoir dire ce dont j'ai besoin.

2 - Identifier les types de ressources disponibles

a) Expériences de succès et images associées :

« Rappelez-vous d'un moment où vous vous êtes senti _____ (par exemple fort, en sécurité, calme, ...).

Rappelez-vous d'un moment où vous avez pu vous comportez _____ (plus en confiance, courageux ou flexible).

Dans quelles expériences pouvez-vous retrouver cette qualité ou sentiment désiré ? Pensez à ces expériences ou des états que vous avez eus et qui pourraient vous aider maintenant (par exemple : votre sagesse intérieure, votre moi professionnel, votre moi combattant).

Pouvez-vous voir une image de vous dans le futur avec les qualités que vous désirez avoir ? »

b) Ressources relationnelles (modèles et figures de référence)

« Pensez à des personnes dans votre vie actuelle ou dans le passé, qui disposent de ces qualités ou les représentent.

Pensez à la personne que vous aimeriez avoir dans un petit coin et qui vous encouragerait, vous guiderait et vous aiderait à vous sentir _____ (par exemple : plus fort, plus soutenu, plus confiant en vous).

Pensez à vos amis, à des membres de votre famille, professeurs, thérapeutes. Pensez à des personnes, où qu'elles soient dans le monde, qui possèdent cette qualité ou la représentent, et qui servent, ou peuvent vous servir, de modèle. (Par exemple : des personnages célèbres, des personnages de livres, de télévision, de films ou de dessins animés).

Pensez à des personnes qui ont eu un rôle soutenant. Avez-vous un guide spirituel, quelque chose ou quelqu'un qui vous donne l'espoir sur votre chemin de vie ?

Y a-t-il des animaux domestiques ou sauvages que vous associez à ces sentiments positifs ou ces qualités ? »

c) Métaphores et ressources symboliques

« Pensez à d'autres images ou métaphores qui peuvent vous aider à vous sentir _____ (plus calme, aimé, protégé,...).

Pensez à toutes les images ou symboles positifs possibles que vous avez utilisé dans vos rêves, vos dessins, vos œuvres d'art, vos rêveries, ou dans des imageries guidées (par exemple un arbre fort mais flexible). »

3 - Développement des ressources

Travailler avec une ressource à la fois.

« Lorsque vous pensez à _____ (par exemple : expérience, personé, symbole, etc.), que voyez-vous ? Qu'entendez-vous ? Que sentez-vous ? Qu'est-ce que vous remarquez au niveau de votre corps ? Quels sentiments avez-vous lorsque vous vous concentrez sur cette image ou sur ce souvenir ? »

Notez littéralement les mots du client pour continuer à les utiliser au cours du processus.

4 - Contrôler la ressource

'Lorsque vous vous concentrez sur _____ (répétez la description de l'image) et sur _____ (répétez la description des sons, odeurs, sensations et sentiments, etc.), comment vous sentez-vous maintenant ? »

Vérifiez que la ressource sélectionnée peut aider le client à faire face à la situation problématique (cible) en demandant :

« Lorsque vous vous concentrez sur (la situation problématique), à combien estimez-vous maintenant comme vrai ou comme soutenant (répétez les descriptions de l'image et des sentiments) sur une échelle de 1 à 7 où 1 est complètement faux et 7 complètement vrai ou utile ? »

5 - Ressentir la ressource

« Permettez-vous de vous arrêter sur cette image _____ (répétez la description de l'image) et observez _____ (répétez la description des sons, odeurs, sensations et sentiments, etc.) »

Répétez les mots que le client a utilisé pour l'image, les sons, les sensations et sentiments et variez l'ordre des phrases.

Vérifiez si le client est capable de garder cette ressource sans qu'il y ait des associations ou interférences ou affect négatifs. Ne continuez pas avec cette ressource si le patient rapporte des associations ou affects négatif. Recommencez avec une autre ressource.

6 - Installer la ressource

« Pendant que vous continuez maintenant à vous concentrer sur _____ (répétez les mots descriptifs du client pour l'image, les émotions ou sensations associées), et stimulez brièvement les points EFT (10 secondes). »

Faites plusieurs passages, et demandez après chacun : *« Que sentez-vous et que remarquez-vous maintenant ? »*

Ne pas poursuivre les stimulations si le client rapporte des associations ou affects négatifs. Le matériel négatif doit être cloisonné de manière imaginaire, dans le coffre-fort ou le contenant, avant de continuer. Sinon, le processus doit être recommencé avec une autre ressource.

7 – Renforcer la ressource

avec des associations avec des repères verbaux ou sensoriels

Faites des stimulations brèves après chaque réponse tant que l'effet reste positif.

- « *Quand vous vous rappelez cette expérience quels sont les **mots** les plus positifs que vous pourriez trouver pour vous décrire maintenant ?* » (pour des expériences de succès)
 - « *Imaginez que cette personne (modèle ou personnage de soutien choisi) est à côté de vous et vous donne ce dont vous avez besoin. Imaginez qu'elle sache exactement ce qu'elle doit vous dire, exactement ce dont vous avez besoin. Imaginez-vous **fusionner** avec cette personne ou entrer dans son corps.* »
 - « *Imaginez-vous **tenir** la ressource* » (pour une ressource métaphorique ou symbolique).
- Imaginez-vous être entouré par cette image ou ce sentiment. Respirez ce sentiment.
- « *Observez où vous **sentez** cette qualité positive dans votre corps.* »

Si possible identifiez la **croissance positive** et demandez au client de se la formuler pendant les stimulations des points.

8 – Projeter la ressource dans le futur

- « *Imaginez-vous disposer de cette ressource dans le futur, au moment où vous êtes confronté avec _____ (décrivez la situation problématique qui a été identifiée auparavant). Imaginez-vous disposer de _____ (par exemple : courage, ténacité, calme,...) pour faire face de manière efficace à la situation.*
- *Imaginez-vous vous **sentir** _____ (par exemple : confiant, serein, ancré) dans cette scène.*
- *Imaginez-vous vous **sentir lié** à _____ (par exemple nom de la figure de soutien ou de la ressource relationnelle) lorsque vous êtes confronté à cette situation problématique. Observez comment cela serait pour vous. Écoutez comment cette personne qui est votre ressource vous dit exactement ce dont vous avez besoin.*
- ***Sentez** votre ressource (par exemple pour les ressources métaphoriques ou symboliques) exactement de la manière dont vous aimeriez la sentir.*
- *Dites-vous les mots qui disent comment vous vous sentez*
- *Prenez conscience de votre ressource exactement de la manière dont vous en avez besoin* »

Continuez avec des tapotements brefs tant que cela a un effet positif.

Vérifiez si l'installation et la projection dans le futur avec la ressource sélectionnée aide le client dans son impression qu'il peut mieux faire face à la situation. Demandez :

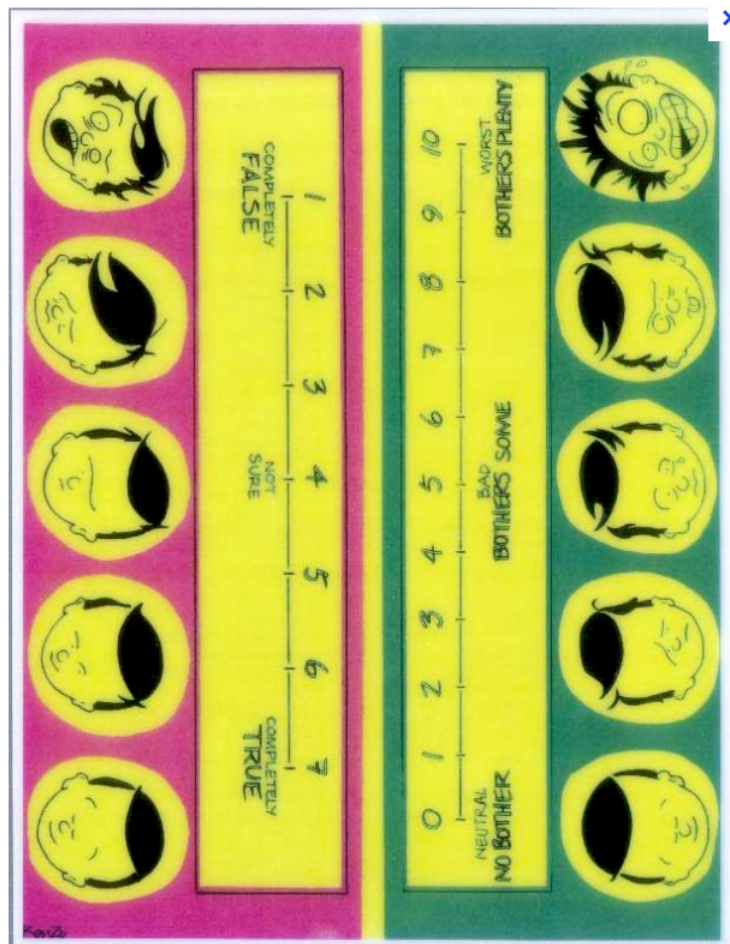
« Maintenant, lorsque vous vous concentrez sur (la situation problématique), à combien estimez-vous vrai ou soutenant (répétez la description de l'image et les sentiments) sur une échelle de 1 à 7 où 1 est complètement faux et 7 complètement vrai ou aidant ? » (VOC)

Ce processus peut être répété pour chacune des qualités que le client veut renforcer.

9 - Suivi des ressources

Dans les prochaines séances, le thérapeute doit réévaluer les ressources installées, pour vérifier l'effet de l'installation des ressources sur sa stabilité. Lorsque le client est prêt pour la deuxième phase de confrontation au trauma, le thérapeute peut commencer la séance en demandant au client de sélectionner les ressources (qui ont été installées auparavant ou de nouvelles) dont il a besoin pour faire face au trauma, et les renforcer avec des tapotements.

Réglette échelle SUD et VOC



C. Protocole de l'éponge

Forme simple de l'utilisation de ressources

D'après le Wedge Technique, HAP 1999

1. Cherchez une situation stressante et demandez le SUD

SUD :

2. « De quelles qualités auriez-vous besoin pour mieux faire face à ce stress ? »

Identifiez trois habiletés spécifiques comme : force, calme intérieur, capacité à mettre ses limites, etc.

1.

2.

3.

3. « Avec quelle qualité aimeriez-vous commencer ? »

Prenez la qualité que le client choisit (ou qui évoque le plus d'affect chez lui)

4. « Y a-t-il eu une situation, durant les deux dernières années ou avant, dans laquelle vous avez remarqué que vous disposiez un peu de cette qualité ? »

Laissez le client décrire clairement une situation dont il se rappelle et pour laquelle il montre quelques réactions positives.

5. « Quelle est l'image qui décrit le mieux cette situation ? »

Cherchez l'image qui évoque le plus cet affect.

6. « Où dans votre corps pouvez-vous remarquer que vous avez déjà un peu de cette qualité ? »

Cherchez quelles sensations corporelles évoque l'image et laissez le client localiser ces sensations dans son corps.

Lorsque vous avez l'image de la qualité et la sensation corporelle qui lui est associée, allez à l'étape 7.

7. « Entrez en contact avec l'image.... Et la sensation corporelle. Etes-vous en contact ? »

Si oui :

« Pensez à cela et prenez stimulez les points EFT pendant 10 secondes.

8. Demandez ensuite : « Comment est-ce maintenant ? »

Demandez précisément s'il y a un changement dans la sensation corporelle.

Si celle-ci est devenue plus forte, faites encore une série de tapotements.

S'il y a un pont d'affect / des associations vers du matériel négatif, cherchez une autre situation dans laquelle le client disposait de cette qualité.

9. Faites les étapes 4 à 8 pour les trois qualités

10. « *Entrez en contact avec les trois qualités : »* (Citez-les toutes les trois)

« *Etes-vous en contact ?* »

Si oui :

11. « *Regardez à nouveau la situation stressante ... et remarquez à combien elle vous paraît perturbante maintenant de 0 à 10* »

Normalement, le SUD a sensiblement baissé.

D. Protocoles de thérapie de fond des traumas complexes

Le travail avec les patients souffrant de traumas complexes est... complexe, mais plusieurs protocoles peuvent servir de guide. Il n'y a pas de protocole 'unique'; celui de la 'boîte de vitesse' vise cependant à rassembler les diverses approches préexistantes et à établir une forme de 'protocole souple et adaptatif'. Chaque approche est intéressante et efficace; seule la pratique clinique suffisante de chacun des protocoles permet de les maîtriser pour ensuite les utiliser le plus judicieusement possible.

1. Protocole classique des 3 phases du traitement

Nous avons vu, lors de notre première approche des traumas complexes, le plan de traitement de base suivant (numéroté différemment ici pour rejoindre la numérotation du cours sur la dissociation):

Phase 1 - Stabilisation initiale

- Contenant et/ou état de base et/ou lieu de sécurité
- Aider à contenir l'affect (EFT, Remap, mindfulness, mise à distance en hypnose, symbolisation,...)
- Stabilisation par ressources générales

Phase 2 - traitement du trauma

Protocole inversé

- Petites étapes pour le futur
- Déclencheurs du présent
- Traumatismes du passé : allers-retours entre :
 - contenant/état de base
 - ressources relatives au trauma
 - traitement des cibles du trauma
 - états du moi activés par le matériel traumatique
 - états du moi activés dans la relation transférentielle

Phase 3 - intégration

Dans la partie du cours portant sur la dissociation:

- la phase 1 a été particulièrement développée.
- davantage de détails sur les allers-retours de la phase 2 ont été donnés
- une introduction à la phase 3 a été faite

2. La boîte de vitesse

(adaptation du protocole de Hélène Delucci)

Comme on l'a vu, suivre le schéma de base - stabilisation et protocole inversé pour le retraitement du trauma - n'est pas toujours possible ; le plus souvent la pratique s'adapte à ce qui se présente. Cela peut mener à être perdu dans les tentatives d'adaptation du plan de traitement, et les plans de ciblage peuvent être difficiles à appliquer.

Hélène Delucci a mis au point un protocole qui a été simplifié ici. Il prend en compte ces « changements de vitesse » inéluctables du traitement, dus aux allées et venues de stabilisation et de retraitement.

La boîte de vitesse envisage le traitement sous la métaphore de la conduite d'une voiture, où le thérapeute est l'expert-pilote qui connaît bien sa voiture (le modèle thérapeutique). Le passager est le patient qui choisit où il désire aller (objectifs du traitement), et il discute avec le pilote de la vitesse qu'ils vont adopter pour y aller (travailler en thérapie de fond ou sur des sujets spécifiques). C'est le patient qui choisit alors ce qui lui convient le mieux.

La boîte de vitesse de la voiture a, comme son nom l'indique, plusieurs vitesses, que l'on peut choisir d'adopter. En gros, la stabilisation est à basse vitesse, le retraitement du trauma à haute vitesse. Selon le moment du traitement, on peut accélérer ou rétrograder.

Au sein d'une même vitesse, il peut y avoir une **exposition graduelle**:

- a) exposition minimale: pendulation
- b) exposition moyenne: travail sur Im + K sans CN
- c) exposition maximale: retraitement classique

Une grande partie des composantes du protocole de la boîte de vitesse sont déjà connus à ce stade du cours :

- la **stabilisation** (contenant de Kathie O'Shea, lieu de sécurité et autres méthodes vues au cours sur la dissociation)
- la **pendulation** (CIPOS) pour réduire l'ampleur du SUD, la dissociation et la phobie de la confrontation au trauma
- le travail sur les **ressources** (Andrew Leeds)
- le **protocole inversé** pour le traitement des traumas
- travailler avec la **dissociation** et les parts dissociatives.
- travailler sur le **trauma** (porté par une PE) avec l'accord des autres parts.

Les techniques suivantes y sont également utilisées:

- lors du protocole inversé: travailler sur les **peurs futures relatives au traitement**
- travailler sur la capacité à faire face aux émotions et sensations physiques (**tolérance aux affects**)
- travailler sur les **empreintes précoces** (Kathie O'Shea)

Nous allons les découvrir maintenant, puis voir comment tout intégrer pour ne pas se perdre et rester dans la fenêtre de tolérance.

3. Vitesse 1: Désensibiliser les peurs futures

La stabilisation a un impact sur la vie quotidienne, et c'est souvent le premier objectif des patients. Le travail sur le futur est proposé dans le protocole inversé parce qu'il provoque moins de déstabilisation que le travail sur les déclencheurs du présent ou les événements du passé.

Il est utile de diminuer les peurs réalistes ou hypothétiques concernant le futur, et en particulier **concernant le traitement**. Cela amène une amélioration dans la vie quotidienne, aide le patient à avoir confiance dans la thérapie et permet de réduire l'évitement.

Quand il est question de s'occuper des événements difficiles du passé, il est fréquent que des peurs surgissent :

- Peurs de parts dissociatives
- Peur d'être déstabilisé
- Peur de glisser dans la dépression
- Peur de devenir fou
- Peur de la mort
- Autres peurs du futur

Questionner de manière directe permet au patient de parler de choses qu'il n'aurait pas mentionné, par exemple la peur de décompenser ou de devenir fou.

Q ? : « Avez-vous des peurs anticipatives, des inquiétudes qui pourraient bloquer le processus thérapeutique ? »

Méthode

Il est possible de traiter les peurs en précisant la cible (Im, CN, E, K, SUD) ou non (sans faire un ciblage précis).

Peur non spécifiée

Q ? Quand vous pensez à cette peur (par exemple, de décompenser), qu'est-ce qui vous vient à l'esprit maintenant ?

Im : Quelle image avez-vous en tête quand vous pensez à cela?

K : sensation physique

SUD

Retraitement (préférentiellement en Remap ou EFT):

En EFT :

Setup : « Même si j'ai cette peur de, je peux me comprendre et je m'accepte ».

Tapotements : « Cette peur de, cette peur de »

En Remap :

- Utilisez les 4 points de la procédure d'urgence.
- Demandez à la personne de se centrer sur l'image et la sensation physique et stimulez.
- Demandez au patient de noter si la sensation diminue lors de la stimulation du point.
- Si oui, laissez descendre jusqu'à ce que cela ne change plus puis passez au point suivant.
- Si pas, passez directement au point suivant.

Si nécessaire (peurs très intenses ou qui activent des parts dissociatives), utilisez la pendulation (**CIPOS**) préalablement pour faire baisser le SUD.

Peur du futur ciblée classiquement

Comme pour une cible du futur classique, cherchez : **Im**, **CN**, **CP**, **E**, **K**, **SUD**

Et traitez en EFT, Remap :

- désensibilisez jusqu'à SUD = 0
- vérifiez le VOC de la CP
- renforcez la CP jusqu'à 7.

4. Vitesse 2: Désensibiliser les émotions (ou sensations physiques) en elles-mêmes

Il s'agit d'augmenter la tolérance aux affects, ce qui permet que les patients soient :

- davantage disposés à retraiter les événements difficiles du passé
- moins dissociatifs lorsqu'ils restent au contact de l'émotion
- mieux préparés à la confrontation au trauma

Q : «Y a-t-il des émotions qui vous semblent difficiles à supporter voire insupportables?»

Le patient peut ainsi indiquer quelles émotions il voudrait être plus à même de tolérer.

Comme la peur et la honte, quand elles sont fortes, contribuent à maintenir l'évitement et la dissociation, on s'enquiert spécifiquement des difficultés les concernant si le patient ne mentionne rien spontanément en réponse à la question.

Il arrive que le patient ait du mal à faire face à un ressenti physique, par lequel se traduisent les affects primaires (pas de passage à l'émotion). Les affects primaires sont effectivement généralement identifiés exclusivement au travers de leur localisation perçue.

On ne cible pas les traumatismes à ce stade, mais il arrive que ceux-ci surgissent au cours du retraitement. Pour les patients qui fonctionnent bien, il arrive que le retraitement du trauma puisse alors s'opérer sur le moment. Mais plus les patients sont dissociatifs, plus il est prudent de **laisser aller dans le contenant tout matériel traumatique** avant le retraitement des peurs.

En effet, on pourrait craindre que cibler non spécifiquement une émotion ou une sensation physique mène à une réaction en chaîne et déclenche toutes les souvenirs traumatiques qui y sont associés. Mais cela n'est pas le cas, surtout si on veille bien à mettre tous les traumas dans le contenant au préalable.

Il semble que ce soit le fait de centrer la personne sur un faisceau de composantes (Im, K, CN) du traumatisme qui ait tendance à l'activer, et donc apporte un risque de déstabilisation. La **cognition** semble tout particulièrement agir comme un organisateur ; cibler une cognition revient donc à cibler tout un réseau. C'est justement ce qu'on cherche à éviter à ce stade.

Nous allons donc désensibiliser soit l'émotion elle-même, soit l'image ou la sensation physique qui lui est associée. Ceci contribue à séparer les composantes et à réduire le risque de connecter les traumatismes.

Méthode :

1) Laisser glisser 'tout ce qui doit être retraité' dans le contenant

2) Désensibilisation de l'émotion en elle-même:

Q? : Quand vous pensez au ressenti de cette émotion, en dehors de tout contexte particulier, combien est-ce perturbant maintenant?

Puis demander au patient de penser à l'émotion en général (pas de contenu événementiel, sinon le mettre dans le contenant) et désensibiliser jusqu'à SUD = 0.

Si c'est trop difficile pour le patient, **penduler** ou **retraiter seulement l'image** associée à l'émotion. Cette image est intentionnellement dissociée de l'affect et ne présente donc en général pas de difficultés pour être désensibilisée.

3) Désensibilisation de l'image associée:

1. Identifier l'image associée à l'émotion :

Expliquer au patient : *nous allons nous occuper de votre capacité à ressentir cette émotion sans passe par des événements précis : nous travaillons sur votre 'canal digestif' de cette émotion et non sur les événements à digérer.*

Pour cela, je voudrais que vous me disiez quelle image représente cette émotion pour vous. Si vous deviez faire un carnet avec une page par émotion, en y mettant un dessin ou une image prise dans un magazine ou un symbole, que choisiriez-vous ?

Je vous donne un exemple : pour la colère, un patient peut dire 'l'image, c'est une tête toute rouge avec les sourcils froncés' ou 'c'est une boule noire plein de piques'. Veillez à ce que le patient vous donne bien une image qui traduit ce que représente le vécu de l'émotion pour lui, et non ce qui la crée (événements).

Q ? : « quelle image représente cette émotion pour vous ? »

Cette image doit être dénuée de ressenti émotionnel ou physique. S'il y en a, les faire glisser dans le contenant et vérifier que c'est bien maintenant l'image seule qui est là.

2. Expliquer : *'dans un instant, je vais vous demander de penser à cette image et je vais faire des tapotements. Je m'arrêterai au bout de 30 secondes environ, et je vous demanderai à nouveau : 'à quoi ressemble cette émotion pour vous maintenant ?' et je voudrais que vous notiez si c'est toujours l'image du départ qui se présente, ou si elle s'est modifiée ou que c'est une autre image'.*

3. **Tapoter** alternativement sur l'extérieur des genoux comme pour le contenant (vésicule biliaire 42) pendant 30 secondes (ou adapter en calibrant la réaction du patient). Après le set, demander: *'à quoi ressemble cette émotion (la citer) pour vous maintenant ?*

L'idée n'est pas que le patient explique tout ce qui lui est passé par la tête et où cela l'a emmené, mais bien de voir **quelle image se présente à son esprit maintenant lorsqu'il pense à l'émotion.**

4. Si l'image a changé, refaire un set. Lorsque l'image ne change plus, le canal de l'image est désensibilisé.

Si des sensations physiques ou le ressenti émotions se sont associées à l'image en cours de retraitement, ou si tout autre matériel traumatique est remonté, les laisser glisser dans le contenant. Redemander *'à quoi ressemble cette émotion pour vous maintenant?'* et vérifier que c'est à présent une pure image. Recommencer la désensibilisation.

5. (optionnel) Une fois l'image désensibilisée, on peut revenir à l'émotion ressentie.

Q?: Quand vous pensez à cette émotion, combien est-ce perturbant maintenant?

Procéder à la désensibilisation de l'émotion en elle-même.

Désensibilisation d'une sensation physique

La désensibilisation d'une sensation physique peut être utilisée lorsqu'une sensation physique a tendance à envahir le patient lors d'étapes ultérieures du traitement, comme lors du retraitement de cibles traumatiques (vitesse 5). On arrête alors ce qui est en cours, on demande au patient de laisser tout glisser dans le contenant, puis on cible la sensation physique seule,

avant de revenir sur le traitement de la cible traumatique (on passe de la 5ème vitesse à la 2ème)

5. Vitesse 3: Cibler les empreintes préverbaux

Ce travail mis au point par Kathie O'Shea permet:

- de désensibiliser les racines traumatiques pré-verbales
- de retraiter des cibles non connues explicitement
- de travailler en deçà de la dissociation

Il s'agit du premier niveau de la confrontation au trauma. Même si de fortes abréactions peuvent survenir, le ressenti subjectif de ce travail (vitesse 3) est moindre que celui des vitesses 4 et 5, car il n'y a pas de cognitions et peu de mentalisation. L'essentiel du travail est corporel. On couvre la **période 0-3 ans, grossesse y compris**.

On considère que ce qui vient provient du cerveau du patient et qu'il a la capacité de le retraiter (dans la mesure où ce sont les premières expériences traumatisantes, elles ne sont pas précédées par l'existence d'un réseau dysfonctionnel qui empêcherait leur retraitement naturel).

Il est étonnant de constater qu'il y a fréquemment reviviscence claire des sensations physiques associées aux traumas préverbaux connus (cordon autour du cou, absence de maternage,...)

Les empreintes précoces se comportent comme des thèmes, et du matériel relatif à la vie entière peut surgir par association. On continue à retraiter jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement, que le corps est calme, et qu'il n'y a plus d'émotions négatives.

Méthode

- Cibler dans l'ordre: la grossesse (en autant de **périodes** que nécessaire), l'accouchement (ou la période néonatale), des périodes successives selon traumas connus (saucissonnage des traumas). Si pas de traumas connus : 0-1 an, 1-2 ans, 2-3 ans.
- Laisser glisser tout ce qui a besoin d'être retraité dans le **contenant** + état de base.
- Demander au patient: *'mettez votre attention sur la période de (la grossesse) et observez si quelque chose se présente qui doit être retraité'*.
- **Stimuler** comme pour le contenant. Les sets peuvent être plus longs que d'habitude (1 à 2 minutes).
- Lorsque le patient ne rapporte plus de perturbation, passer à la période suivante.

Durant la période fœtale, il est fréquent que du matériel transgénérationnel soit retraité. On ne fait pas d'interprétation. Durant la période néonatale, des problèmes d'attachement sont souvent retraités.

Quand les empreintes précoces sont réglées, on peut observer que l'attachement devient plus sûr, que l'estime de soi et la capacité à mettre ses limites grandissent. On note aussi que le danger de déstabilisation est diminué, et que le patient peut avancer en vitesse 4 ou 5 sans évitement.

N.B. Ici encore, il y a possibilité de retraiter directement, ou de penduler.

6. Vitesse 4: Désensibiliser les déclencheurs du présent

A cette vitesse, tout déclencheur du présent de la vie du patient, même lié au trauma, peut être retraité en :

- **pendulant** ou
- déterminant une **image** et une **sensation physique** (pas de CN) et en désensibilisant jusqu'à SUD = 0
- selon le protocole standard (**Im**, **CN**, **CP**, **E**, **K**, **SUD** et désensibilisation)

7. Vitesse 5: Désensibiliser les événements traumatiques du passé

Via le protocole standard (psychotrauma simple)

E. Faut-il toujours suivre un protocole de thérapie de fond?

Les protocoles complets (comme le protocole en 3 phases) servant à la thérapie de fond ne sont pas nécessairement utilisés d'emblée : il est souvent fructueux de suivre les objectifs amenés par le patient dans un premier temps, même si ceux-ci n'incluent pas d'approche des problèmes de fond.

Si l'on suit d'abord les premiers objectifs du patient, il est fréquent qu'une fois ceux-ci atteints, le patient en refixe d'autres. Ils sont alors plus confiants et savent qu'ils vont pouvoir garder suffisamment de contrôle de la situation. Les patients souffrant de traumatismes complexes et qui ne souhaitent pas prolonger la thérapie au-delà de leurs premiers objectifs sont rares.

Le thérapeute peut présenter le modèle thérapeutique et les options au patient (thérapie de fond versus objectifs premiers), qui peut alors choisir ce qui lui convient le mieux.

Exemple : Michel, patient dépressif de longue date, consultant suite à des idéations suicidaires suite à la potentielle rupture de son couple. Michel n'a pas accroché avec le traitement de fond, qui lui semblait trop éloigné de son besoin direct : gérer ses émotions chaotiques par rapport à son épouse. En revanche, il est très heureux des progrès rapides opérés par Remap sur les cibles les plus douloureuses au quotidien. Une fois ces cibles traitées, Michel demande de lui-même faire un travail de fond sur ses angoisses d'abandon.

III. Dissociation - Historique

- Moreau de Tours (1845): dissociation comme un phénomène de désagrégation psychique
- 19e siècle: concepts de dissociation de la personnalité et dissociation de conscience sont utilisés conjointement
- Pierre Janet (1907): « ...une maladie de la synthèse personnelle. » « Une forme de dépression mentale caractérisée par la rétraction du champ de la conscience et une tendance à la dissociation et à l'émancipation des systèmes d'idées et des fonctions que constitue la personnalité. »
- Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006): il s'agit d'un « manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire. »

A. Les troubles dissociatifs

- ▶ Amnésie dissociative
- ▶ Fugue dissociative
- ▶ Troubles dissociatifs de l'identité: DID
- ▶ Trouble de dépersonnalisation
- ▶ Troubles dissociatifs du mouvement et de la sensation

1. La dissociation, un manque d'intégration

- Dépersonnalisation: perte du sens de Soi
- Déréalisation: perte du sens du monde
- Non-présentification: perte du sens du temps présent
- Incapacité à intégrer l'expérience traumatique par l'alternance entre le fait de ressentir trop ou trop peu (Janet, 1904/1911)
- Risque élevé de troubles dissociatifs, en cas de manque de soutien social après des événements terrifiants (Brewin, Andrews & Valentine, 2000)

2. Symptômes

Symptômes psychoformes négatifs

- - l'amnésie
- - alexithymie

Symptômes psychoformes positifs

- - Symptômes Schneideriens
- - Flashbacks
- - Reviviscence de souvenirs traumatiques
- - Impulsions (auto)aggressives

Symptômes somatoformes négatifs

- Pertes de sensibilité
- Engourdissement, Analgésie
- Paralysies inexpliquées

Symptômes somatoformes positifs

- - Douleurs inexpliquées
- - Mouvements involontaires

B. Théorie de la dissociation structurelle de la personnalité

- ▶ O. Van der Hart, E. Nijenhuis, C. Steele: *Le Soi Hanté* (2006/2010)
- ▶ Différencier fonctionnement apparemment normal du fonctionnement émotionnel

Myers (1940) distinguait entre

- PE (partie de la) personnalité émotionnelle et
- (partie de la) personnalité apparemment normale

PAN (Van der Hart et al, 2006, 2009)

- Orienté vers la survie de l'espèce, le fonctionnement de la vie quotidienne
- Évitement phobique de tout contenu traumatique et de parties émotionnelles

PE: systèmes d'action de défense contre des menaces

Organisé pour la survie individuelle

- Dissociation structurelle primaire

- Dissociation structurelle secondaire
- Dissociation structurelle tertiaire

a) Dissociation structurelle primaire

- *PAN prédominante et une PE; cette dernière, souvent, n'est ni très élaborée ni très autonome*
- Types simples de trouble du stress aigu
- Types simples d'ESPT
- Types simples des troubles dissociatifs du DSM-IV
- Dissociation structurelle secondaire
 - ▶ *Une PAN prédominante et plus d'une PE; les PE peuvent être plus élaborées et plus autonomes que dans la dissociation structurelle primaire, mais elles le sont en règle générale moins que dans la dissociation structurelle tertiaire*
 - ▶ ESPT complexe
 - ▶ Troubles du stress extrême non autrement spécifiés (DESNOS)
 - ▶ Troubles dissociatifs non autrement spécifiés (DDNOS)
 - ▶ Personnalité borderline d'origine traumatique (TBP)

b) Dissociation structurelle secondaire

- ▶ Lorsque des événements traumatisants sont de plus en plus perturbants, ou se prolongent, une division supplémentaire de la PE peut se produire, cependant qu'une seule PAN reste intacte.
- ▶ Cette dissociation *structurelle secondaire* peut être fondée sur l'échec de l'intégration de divers types de défense qui revêtent différentes configurations psychobiologiques, avec différentes combinaisons d'affects, de cognitions, de perceptions, et d'actions motrices. Ces dernières comprennent des positions comme le fait de rester figé, de se battre, de s'enfuir, ou de se soumettre totalement.

c) Dissociation structurelle tertiaire

- ▶ *Plus d'une PAN et plus d'une PE*
 - ▶ *souvent plusieurs PAN et plusieurs PE sont plus élaborées et plus autonomes que dans la dissociation structurelle secondaire (y compris avec usage de noms et de traits physiques différents)*

Trouble dissociatif de l'identité (TDI)

- Dissociation structurelle tertiaire
 - ▶ Division de la PAN
 - ▶ Cette dissociation *structurelle tertiaire* a lieu quand des aspects impossibles à éviter de la vie quotidienne deviennent associés au traumatisme passé: les déclencheurs tendent à réactiver les souvenirs traumatiques par le biais de l'apprentissage généralisant.
 - ▶ Lorsque le fonctionnement de la PAN est si pauvre que la vie normale elle-même est perturbante, de nouvelles PAN peuvent se développer.
 - ▶ Dans les cas graves de dissociation secondaire et dans tous les cas de dissociation tertiaire, plusieurs parties peuvent avoir un fort degré d'élaboration (par exemple des noms, des âges, un genre sexuel, des préférences)

2. 2 types différents de PE

- PE contrôle: peur de l'attachement, actions défensives,
- PE victime: des tentatives désespérées de recherche de proximité plutôt que de sécurité

Cela résulte en un conflit insoluble entre

- La peur de l'attachement et la peur de perdre l'attachement avec le thérapeute (Steele et al. 2001, 2005, Van der Hart et al. 2006)

a) Troubles dissociatifs: problèmes

- Amnésie
- Amnésie complète
- Réticences à divulguer l'information même connue
- Honte
- Convictions: CN « si vous me connaissiez vraiment, vous ne voudriez même plus parler »
- Symptômes Schneideriens (voix) qui blâment
- Dimension transgénérationnelle des traumatismes
- ▶ Peur d'une désensibilisation majeure: accentue l'évitement
- ▶ Dysfonctionnement devenu familier
- ▶ L'investigation des troubles dissociatifs est en soi déstabilisante
- ▶ Circonstances de vie souvent chaotiques: difficile d'appliquer un protocole standardisé

Comorbidité:

- Trouble de personnalité borderline

- Dépression
- Troubles traumatiques du développement
- Autres troubles de la personnalité: narcissique paranoïaque...
- Délimitation avec les psychoses ...
- Thérapies longues: de nombreux facteurs extérieurs, difficilement contrôlables

Identification de la dissociation

- ▶ Comportement non verbal en séance
- ▶ Questionnement

Comportement non verbal indiquant la dissociation

- Durant la séance la tension et la détresse visibles
 - Un état ressemblant à une transe
 - Amnésie ou absences brèves
 - N'entend pas les questions, à des difficultés à suivre la conversation, oublie la dernière question
 - Semble écouter et/ou répondre à des signes intérieurs, comme des voix
 - Mouvement corporels ou postures bizarres, incohérent avec le discours (mettre sa main sur sa bouche pour arrêter de parler, poing fermés alors qu'il sourit, les yeux bougent dans tous les sens comme s'il cherchaient une sortie alors qu'il parle normalement)
 - Discours avec des formulations bizarres, des trous, sans cohérence, utilisation de la troisième personne en parlant de lui
- ▶ Des changements dans les voix ou les styles de réponse (n'oubliez pas que le patient essaye à tous prix de garder le contrôle et de montrer le moins de différences possibles)

Questionnement du patient

- ▶ Il existe plusieurs questionnaires types pour diagnostiquer la dissociation, ces questionnements peuvent prendre plusieurs séances.
- ▶ Ceux-ci peuvent nous informer du type de dissociation mais aussi des déclencheurs
- ▶ Nous allons voir quelques questions types
- Sentiment qu'une partie de votre corps est étranger à vous-même
- Expérience de n'être pas dans votre corps, qu'il semblait anesthésié
- Vous êtes vous déjà senti comme irréel?
- Est-ce que vous sentez que parfois vous n'êtes pas vraiment là, pas complètement présent?

- Avez-vous eu l'expérience d'être comme dans un état de transe
- Impression de vous regarder à distance
- Se regarder à partir d'un point en dehors de vous-même
- Se regarder dans le miroir et ne pas se reconnaître
- Sentiment que les gens familiers semblent étranges ou irréels
- Difficultés à reconnaître sa propre maison
- Difficultés à reconnaître un membre de sa famille ou un ami

Questionnement du patient

Problèmes d'identité

- Peu sûr de soi ou de ses désirs et préférences
- Confus sur qui on est vraiment
- Forte tendance à s'ajuster aux attentes des autres
- Sentiment qu'il y a une lutte à l'intérieur de soi avec de forts sentiments d'ambivalence ou de conflit
- Sentiment de jouer un rôle ou une scène
- S'entendre dire que l'entourage est surpris par (les changements de) votre comportement
- Se sentir ou se comporter comme un enfant

Questionnement du patient

Symptômes Schneideiriens

- ▶ Entendre des discussions comme si vous écoutiez des voix ou comme si c'était des pensées
- ▶ Entendre une voix qui commente ce que vous faites ou qui vous donne des ordres
- ▶ A l'intérieurs ou à l'extérieur?
- ▶ Est-ce que d'autres gens peuvent également entendre vos voix?

b) Traitement en 3 phases

Phase 1 Stabilisation, réduction des symptômes et psychoéducation

Phase 2: Traitement des souvenirs traumatiques

Phase 3: Intégration de la personnalité

Phase 1

- ▶ Objectifs de la stabilisation

- ▶ PAN et PE
- ▶ Compétences
- ▶ Energie mentale
- ▶ Questionnement
- ▶ Stabilisation
- ▶ Stopper la dissociation
- ▶ CIPOS

Stabilisation

Objectifs

- ▶ Stabiliser à différents niveaux
- ▶ Réduire la fréquence et la sévérité des symptômes dissociatifs
- ▶ Retrouver du contrôle -sur les émotions, sur les déclencheurs, sur ses ressources
- ▶ Mobiliser des ressources internes
- ▶ Développer des compétences
- ▶ Se relier à des ressources extérieures

PAN et PE

- ▶ Déterminer quelles sont les parties qui ont des fonctions importantes dans la vie quotidienne du patient, et quelles sont celles qui la perturbent
- ▶ La distinction entre PAN et PE est importante, car dans le traitement, on cherche prioritairement à renforcer les PAN et à réduire les intrusions des PE, tout en reconnaissant toujours l'existence de celles-ci. Pour un traitement efficace, il est indispensable de connaître les actions mentales des PE (par ex. leurs perceptions, leurs sentiments, leurs souvenirs, leurs fantasmes) et leurs actions comportementales, les systèmes d'actions à travers lesquels elles se manifestent, les stimuli conditionnels qui les (ré)activent, et leur niveau de fonctionnement mental.
- ▶ **Premières interventions avec les PE bloquées dans des souvenirs traumatiques**
- ▶ Elles prennent le passé pour le présent et continuent de ce fait à agir comme quand elles étaient enfant ou adolescent, elles vivent dans le temps du traumatisme. Avec ces parties, le premier objectif du thérapeute n'est pas l'attachement en soi, car les tentatives d'attachement immédiat ne feront que déclencher davantage les défenses.
- ▶ Tout d'abord, toutes les parties impliquées doivent commencer à se sentir en sécurité dans le présent
- ▶ le thérapeute «parle à travers» la PAN à ces PE ancrées dans le passé traumatisant, en les encourageant à regarder et à écouter le thérapeute afin de savoir si elles se sentent en sécurité.

- ▶ Ces parties peuvent être encouragées à communiquer avec les autres parties qui, elles, ont une relation avec le thérapeute, et qui sont davantage orientées vers le présent.

c) Les compétences.

- ▶ Les compétences sont la capacité du sujet à s'engager dans le niveau d'action approprié, parmi la hiérarchie des tendances à l'action
- ▶ 1) réguler les tendances à l'action (les affects et les pulsions), y compris la capacité à gérer sa propre détresse, à s'apaiser soi-même et à rechercher autour de soi le soutien et le confort appropriés, à réguler ses propres émotions sociales comme la haine de soi, la honte et la culpabilité
- ▶ 2) supporter la solitude
- ▶ 3) verbaliser au lieu de passer à l'acte
- ▶ 4) rester dans le présent (pleine conscience et présentification)
- ▶ 5) avoir de l'empathie à l'égard de soi-même et des autres
- ▶ 6) avoir des contacts sociaux et intimes avec d'autres personnes
- ▶ 7) distinguer la réalité interne de la réalité externe
- ▶ 8) percevoir et comprendre de façon précise le contexte et la réalité concrète; distinguer le passé et le futur du présent
- ▶ 9) percevoir et comprendre clairement les motivations et intentions des autres et les siennes

d) Comprendre comment le patient fonctionne

- ▶ examiner des situations particulières dans lesquelles le patient s'engage dans des actions symptomatiques, y compris des altérations pathologiques de la conscience, des expériences qui se trouvent trop haut ou trop bas dans la hiérarchie des degrés de réalité; une sur- ou une sous-activation physiologique; et d'autres actions mentales ou comportementales substitutives, comme l'abus de substances psychoactives, l'automutilation ou la présence de fantasmes et de croyances inadaptés
- ▶ *Un objectif précoce, pour le thérapeute et le patient, est de recenser précisément les actions désirables sur le plan de la thérapie qui sont dès maintenant à la portée du patient, et de se centrer d'abord sur l'accomplissement de ces actions. Il est essentiel que le patient soit suffisamment mis au défi pour faire des progrès, mais pas trop tôt confronté à des actions qui lui demandent plus de ressources mentales que celles dont il dispose sur le moment. De cette manière, l'énergie mentale (souvent limitée) du patient peut être conservée pour des actions réalisables.*
- ▶ Par exemple, on l'encourage d'abord à apprendre à gérer les émotions et les objectifs de la vie quotidienne, avant d'aborder les émotions difficiles liées à des souvenirs traumatiques, parce que ces dernières requièrent généralement beaucoup plus d'énergie et d'efficacité mentales.

e) AUGMENTER L'ÉNERGIE MENTALE

- ▶ Energie mentale disponible et mobilisable
 - ▶ Réduire les dépenses d'énergie mentale (excès de travail d'activités)
 - ▶ *Établir un sentiment de sécurité.*
 - ▶ *Simplifier la vie quotidienne du patient.*
 - ▶ *Réduire l'énergie et le temps consacré au non indispensable*
 - ▶ *Poser des limites aux relations trop exigeantes.*
- ▶ *Payer ses dettes*
 - ▶ *Actions non terminées*

f) Questionnaire pour le profil de stabilisation

- ▶ **1, Bon fonctionnement quotidien**
- ▶ 1.1. Besoins de base: matériels et financiers
 - ▶ Le patient a-t-il un besoin urgent d'aide matérielle/financière?
- ▶ 1.2. Structure quotidienne
 - ▶ Rythme journalier?
 - ▶ A-t-il des activités journalières?
 - ▶ Comment agit-il dans ces activités?
- ▶ **1, Bon fonctionnement quotidien**
- ▶ 1.3. Santé
 - ▶ Etat de santé général?
 - ▶ A-t-il des plaintes spécifiques?
 - ▶ A-t-il besoin de médicaments?
 - ▶ Consacre-t-il suffisamment de temps aux soins et à l'hygiène?
 - ▶ A-t-il des habitudes alimentaires équilibrées?
 - ▶ A-t-il des habitudes de sommeil normales?
 - ▶ Comment le patient utilise-t-il ses ressources?
- ▶ 1.4. Tissu social
 - ▶ A-t-il des contacts avec de la famille/des amis/ des voisins ?
 - ▶ Quelle disponibilité?
 - ▶ Qu'a-t-il comme genre de relations? qualité des contacts? Aptitudes sociales?
 - ▶ Sait-il fixer des limites?
 - ▶ Sait-il demander de l'aide? faire valoir ses droits?

- ▶ Sait-il assumer des conflits?
- ▶ 1.5. Environnement de travail/Ecole
 - ▶ Comment se comporte le patient au travail/ à l'école?
 - ▶ Facteurs de stress? moyens d'aide?
- ▶ 1.6. Loisirs- détente - sport
 - ▶ Le patient a-t-il des hobbies / des activités de loisirs?
 - ▶ Qu'est-ce qui lui apporte de la détente?
 - ▶ Fait-il régulièrement de l'exercice?
- ▶ **2, Etre en sécurité**
 - ▶ 1. Avec soi-même
 - ▶ Automutilation? comportement à risques?
 - ▶ Risque suicidaire?
 - ▶ 2. Avec les autres
 - ▶ Le patient est-il en sécurité vis-à-vis du coupable (partenaire, parent(s), harceleur ..)
 - ▶ A-t-il des contacts sécurisants ?
- ▶ **3, Se sentir en sécurité**
 - ▶ 1. Dans la vie de tous les jours
 - ▶ Quand/où le patient se sent-il/ne se sent-il pas en sécurité?
 - ▶ 2. Dans la thérapie
 - ▶ Le patient se sent-il en sécurité chez le thérapeute?
- ▶ **4. Force intérieure**
 - ▶ Le patient a-t-il suffisamment de confiance en soi pour pouvoir assumer des situations avec succès?
 - ▶ Le patient a-t-il suffisamment de motivation?
 - ▶ y a-t-il une impuissance acquise?
 - ▶ A-t-il le sentiment d'avoir du contrôle?
 - ▶ A-t-il suffisamment d'énergie, de force?
 - ▶ Sait-il se concentrer suffisamment?
 - ▶ A-t-il des opinions personnelles?

▶ **5, Espoir**

- ▶ Le patient a-t-il l'espoir d'une vie meilleure?
- ▶ Si non, qu'est-ce qui bloque l'espoir?
- ▶ Peut-il s'imaginer une amélioration?
- ▶ Quelle image se fait-il de l'avenir?
- ▶ A-t-il des attentes vis-à-vis de la thérapie?
- ▶ Pourquoi une thérapie **maintenant**?

▶ **6, Estime de soi**

- ▶ Comment le patient se considère-t-il en tant que personne?
- ▶ A quel point l'image de lui-même est-elle négative?
- ▶ Peut-il accepter des compliments ou indiquer quelque chose de positif, de fort en lui-même?
- ▶ A quel point l'image négative de lui-même est-elle permanente?
- ▶ A quel point l'image négative de lui-même est-elle réaliste?

▶ **7, Gestion des émotions**

- ▶ 1. Reconnaissance de l'émotion
 - ▶ Est-il capable de ressentir des émotions, de les reconnaître, de les nommer?
- ▶ 2. Tolérance à l'émotion
 - ▶ Le patient est-il en état de tolérer une émotion?
 - ▶ Comment assume-t-il les émotions dans la vie de tous les jours?

▶ **7, Gestion des émotions**

- ▶ 3. Gestion l'émotion
 - ▶ Arrive-t-il à résorber une émotion négative?
 - ▶ Est-il capable d'entrer en contact avec une émotion positive?
 - ▶ expériences positives?
 - ▶ A-t-il le sens de l'humour?
 - ▶ Est-il capable de faire le passage d'une émotion négative à une émotion positive?

▶ **8, Attachement**

- ▶ 1. Vis-à-vis du thérapeute
 - ▶ Comment est la relation entre patient et thérapeute?
- ▶ 2. Vis-à-vis de l'enfant intérieur

- ▶ Comment se situe le patient vis-à-vis de l'enfant intérieur: conscience, empathie, rejet
- ▶ 3. Exploration de son attachement
- ▶ **9, Attention double**
 - ▶ Est-il capable de rester ici et maintenant pendant qu'il pense au traumatisme?
 - ▶ Le patient se perd-il dans le traumatisme?
 - ▶ Le patient est-il incapable d'approcher le traumatisme?
 - ▶ Y a-t-il confusion entre le présent et le passé?
- ▶ **10, Identification des déclencheurs**
 - ▶ Dans quelle mesure est-il conscient des déclencheurs dans le présent dont la racine se trouve dans le passé?
 - ▶ Comment se comporte-t-il avec les déclencheurs ?

g) Méthodes de stabilisation

- ▶ Relaxation
- ▶ Exercices de respiration
- ▶ Hypnose Auto-hypnose
- ▶ Techniques d'imagination-métaphores
- ▶ Installation des ressources en EFT, TAT, EMDR

h) Résolution de la phobie des parties dissociatives

- ▶ le thérapeute fait des interventions au niveau de la personnalité tout entière
- ▶ le thérapeute devra souvent rappeler au patient que toutes les parties appartiennent à une seule personne et qu'elles doivent toutes apprendre, en temps voulu, à trouver des moyens pour communiquer, se comprendre, s'accepter et travailler harmonieusement ensemble

i) Stopper la dissociation en séance

- Donner un signal fort de l'extérieur
- Réorienter dans l'ici et maintenant
 - Parler fort
 - Avoir un contact visuel si possible
 - Regardez moi
 - Me reconnaissez-vous?

- Savez-vous où vous êtes?
- Vous êtes en sécurité maintenant
- Essayer de donner des ordres
 - Mouvements du corps
 - Observer des objets dans la pièce
 - Changer de place
 - Focaliser sur la respiration
- Interruption propre par une sensation
 - Serrer un objet dans sa main (balle, une pierre)
- Toucher la personne (avec sa permission)
 - Faire une pression, main sur l'épaule
- Compter ou d'autres activités qui stimulent l'hémisphère gauche
- ▶ Irriter la personne
 - ▶ Donner de fausses informations
 - ▶ Comportement en miroir
- ▶ Utiliser l'ancrage du corps pour réorienter
 - ▶ Sentir le sol, le fauteuil
- ▶ Clarifier les limites du corps

j) Utiliser des techniques de mise à distance

- ▶ L'écran de cinéma
- ▶ Le fenêtrage du train
- ▶ Le coffre fort
- ▶ La télécommande
- ▶ PNL
- ▶ La bulle
- ▶ Le mur en verre

Techniques d'auto-apaisement

- ▶ Respiration profonde
- ▶ Relaxation progressive
- ▶ Auto hypnose

- ▶ Lieu de sécurité
- ▶ La technique des 5 sens (calmer chacun des sens)

Stratégie durant les crises

- Apaisement
 - Se concentrer sur l'ici et maintenant / passé
 - Calmer ses sens
- Amélioration de l'instant présent
 - Imagerie mentale: lieu sûr, bulle
 - Relaxation: musculaire, massages, respiration
 - Concentration sur le corps et les sensations
 - S'encourager
- Utiliser son kit d'urgence

k) Kit D'urgence

- Remap
- Memo qui rappelle
 - L'endroit où se mettre pour être en sécurité
 - Les activités à faire pour se faire du bien et être dans l'ici et maintenant
 - Exercice physique, promenade , musique, danse
 - La stimulation de sensations
 - Tenir de la glace, prendre une douche
 - Les croyances spirituelles et philosophiques qui renforcent
- Liste des noms et téléphones des personnes de soutien
- Musique favorite
- Poèmes
- Odeurs qui donnent de bonnes associations
- Poupées, vêtements, ours, doudou...
- Photos de personnes soutenant
- Notes
 - Se rappeler d'une crise qui s'est terminée
 - Penser aux effets positifs de la tolérance à la détresse, s'imaginer comment on va se sentir
 - Penser aux conséquences négatives de ne pas supporter la détresse

Processus de Certification

L'IFPEC, Institut Français de Psychologie énergétique Clinique est la branche française de L'APEC (Association francophone de Psychologie Energétique Clinique asbl). L'IFPEC assure :

- 1) Une **certification de compétence professionnelle** en Psychologie Energétique chez des thérapeutes francophones
- 2) Un site web : www.ifpec.org avec un listing international des **praticiens reconnus**
- 3) Une garantie de compétence continue acquise via une **formation continue**.

L'IFPEC / APEC délivre un **CPEC: Certificat Européen en Psychologie Energétique Clinique**

Ce Certificat est accordé aux thérapeutes ayant démontré leurs capacités professionnelles en **EFT, REMAP®** et/ou **TAT®**, principales modalités de Psychologie Energétique (Energy Psychology).

En plus de cette compétence technique, l'IFPEC et l'APEC se réservent le droit d'accepter ou de refuser la certification d'un candidat sur les bases d'une appréciation de sa qualité d'accompagnement et de son équilibre psychologique.

En la matière, l'IFPEC et l'APEC n'imposent pas formellement de pré-requis mais invitent tout praticien qui n'aurait pas suivi de **formation approfondie en psychothérapie** à s'engager dans un tel processus.

Il est également requis d'avoir effectué, ou d'avoir commencé, un **suivi psychothérapeutique approfondi sur soi**, concernant des questions tant privées que des professionnelles.

L'association se réserve le droit de retarder l'accès d'un candidat à la certification tant que tous les critères ne sont pas rencontrés de manière satisfaisante.