



**Psychological
Early
Intervention**



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Psych.E.In. Études de cas



Project Number:
2020-1-PL-KA202-082075

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Psych.E.In. Collection d'études de cas

Destiné aux psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes

Contenu

Introduction.....	2
Étude de cas 1	
Techniques et interventions de thérapie du deuil	4
Étude de cas 2	
Symptômes COVID-19 et PTSD sévères : Approche individuelle de la TCC en mettant l'accent sur la restructuration cognitive et l'acceptation.....	8
Étude de cas 3	
Interventions en cas d'incident critique	13
Étude de cas n° 4	
TCC : restructuration, visualisation et reviviscence chez les femmes présentant des symptômes de SSPT ..	20
Étude de cas n° 5	
Développer un "micro-cosmo" : l'expérience d'enfants et d'adolescents réfugiés dans un cadre communautaire.	26
Étude de cas n° 6	
Resilient path in a pandemic crisis : first online resilient path in a pandemic crisis as Adlerian Toolkit of Psychological Crisis Intervention and Prevention, according to the Adlerian method of Individual Psychology (en anglais seulement)	31
Remerciements.....	37



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Introduction

La collection d'études de cas sur l'intervention psychologique précoce (Psych.E.In.) s'adresse aux psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes et présente six études de cas qui présentent différentes approches méthodologiques appliquées à différents contextes d'urgence.

L'expérience des partenaires de Psych.E.In. est enrichie par la description d'études de cas directement traitées ou tirées de la littérature. L'étude de cas est une méthode d'apprentissage hautement adaptable et personnalisée, qui implique un apprentissage basé sur les problèmes et favorise le développement de compétences analytiques, allant au-delà du rappel des connaissances pour une analyse, une évaluation et une application personnelle. De même, les études de cas peuvent faciliter l'apprentissage interdisciplinaire, comme le recommande l'intervention psychologique précoce, et peuvent être utilisées pour mettre en évidence les liens entre le contenu et les applications dans le monde réel. Il a été signalé que les études de cas améliorent l'apprentissage personnel des adultes en favorisant et en améliorant les performances professionnelles en matière d'évaluations et de compétences.

Les contextes d'urgence de l'intervention psychologique précoce décrits dans le recueil de cas sont les suivants :

- Situation 1 : urgences humanitaires sanitaires (telles que les épidémies et les pandémies) (Cas 1 et Cas 5)
- Situation 2 : catastrophes naturelles urgences humanitaires (telles que tremblement de terre, tornade, incendie, catastrophes naturelles technologiques) (Cas 2)
- Cadre 3 : événement traumatique pour la santé (cas 3)
- Setting 4 : catastrophes technologiques urgences humanitaires (telles que les accidents chimiques ou nucléaires, NBC)
- Setting 5 : urgences sociales humanitaires (telles que les attaques terroristes, les émeutes, les migrations forcées avec une forte présence de réfugiés et de demandeurs d'asile, les conflits et les guerres, les actes délinquants, la violence physique ou le suicide, la mort violente, les personnes disparues, kidnappées, torturées) (Cas 4)
- Setting 5 : accidents (tels que les accidents graves de la route, du travail ou de l'école)
- Cadre 6 : impact global des urgences humanitaires (conflits et guerres, terrorisme, crise économique).

La collection d'études de cas sur l'Intervention Psychologique Précoce (Psych.E.In.) offre un aperçu complet de différentes approches que l'on retrouve rarement dans l'Intervention Psychologique Précoce. Les méthodes décrites par les cas sont :

- Cognitif comportemental - Restructuration cognitive et acceptation (cas 1 et cas 3)
- EMDR (désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires) (Cas 2)
- Psychologie transculturelle (psychologie ethno-clinique) et analyse de groupe (cas 4)
- Méthode bio-psycho-sociale psychodynamique (méthode adlérienne) (Cas 5)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Chaque cas offre une prospective globale interdisciplinaire prenant en charge toutes les phases de l'urgence.

Pour en savoir plus, veuillez consulter le site web de Psych.E.In : Page des études de cas et voir d'autres bonnes pratiques en cliquant sur le lien suivant : https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php



Étude de cas 1

Techniques et interventions de thérapie du deuil

Partenaire responsable : Université Jan Kochanowski (PL)

Auteur : Ackerman Courtney E.

Mots-clés : Pandémie, deuil, techniques de thérapie par le conseil

1. Description de l'événement

Pendant la pandémie de Covid-19, une famille composée d'une mère (50 ans), d'une fille (22 ans) et d'un fils (16 ans) s'est présentée au Centre d'intervention de crise et de psychothérapie pour la prévention et l'éducation de Kielce. Deux mois auparavant, le père de famille (56 ans) était décédé des suites du covid-19 et d'une insuffisance respiratoire. Le décès a été soudain. L'homme était malade depuis deux semaines. La mort est survenue soudainement à l'hôpital. L'équipe d'intervention était composée de 2 personnes (psychologues).

2. Conditions générales

La mère, Mme Anna, fonctionnait très mal. Elle avait des troubles du sommeil, elle ne pouvait pas manger, en un mois elle a perdu plus de 5 kg. Elle se réveillait la nuit, elle avait beaucoup de pensées négatives et mauvaises. Son humeur baissait, elle se sentait très fatiguée et faible. Elle avait des difficultés à se concentrer. Tout au long de la journée, elle était très anxieuse. Elle craignait pour son avenir et celui de ses enfants. Elle a également éprouvé un fort sentiment de culpabilité. Elle se sentait responsable de la mort de son mari : "Si j'avais appelé un médecin plus tôt, mon mari aurait peut-être pu continuer à vivre." Elle était très proche de son mari. Ils formaient un bon mariage et une bonne famille. Ils étaient proches les uns des autres. Ils avaient des projets pour l'avenir. La pandémie et la mort ont tout emporté.

La fille d'Elżbieta est étudiante. Il étudie le marketing. Elle a très peur pour sa mère. Il ne sait pas comment l'aider. Elle-même a aussi des problèmes de sommeil. L'humeur est également dépressive. Cependant, il n'y a pas de problèmes de nourriture. À la maison, elle a pris en charge toutes les tâches. Maman ne peut pas les faire. Mme Elżbieta fait les courses, s'assure que les factures sont payées. Il a très peur pour l'avenir. Au début, la famille et les amis leur rendaient souvent visite. Maintenant, de moins en moins de personnes leur rendent visite. Ils sont restés seuls avec leur malheur. Maman ne veut aller nulle part. Actuellement, il ne travaille pas et n'effectue aucune tâche.

Son fils Mateusz étudie en 2ème année de lycée. Il a été profondément affecté par la mort de son père. Il ne s'y attendait pas. Il était proche de son père. Il est très inquiet pour sa mère. Il a peur de se faire du mal. Actuellement, Mateusz dort bien, il n'a pas de problèmes pour manger. Il va à l'école. Il n'y a pas de problèmes à l'école. Cependant, il pense souvent à son père. Il se demande constamment : "Pourquoi cela est-il arrivé ?" Il n'arrive pas à accepter la mort de son père.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Matthew est parfois explosif et en colère contre les autres et le monde entier. Puis il s'assoit devant l'ordinateur et joue. Parfois, il joue pendant plusieurs heures. À la maison, ils ne parlent pas de ce qui s'est passé. C'est trop douloureux. Ils ont peur que les conversations n'aggravent encore l'état de leur mère. Ils ne parlent pas non plus de l'avenir. Il y a beaucoup de choses à faire. Mais maman n'est pas en mesure de s'occuper d'elles. Matthieu s'inquiète de ce qui va se passer ensuite.

Les intervenants ont rencontré l'ensemble de la famille. Ils ont évalué le fonctionnement de chaque membre de la famille. Le plus mauvais fonctionnement est celui de la mère, Mme Anna. Elle présente des symptômes dépressifs : troubles du sommeil, troubles alimentaires, humeur dépressive, pensées négatives sur elle-même, pensées négatives sur l'avenir, pensées de résignation (sans pensées suicidaires). Elle se retire des activités quotidiennes, ne travaille pas, n'effectue pas les tâches ménagères. Elle s'isole des gens. La fille, Mme Elżbieta, a pris en charge les tâches ménagères. Elle fait les courses, la cuisine, le ménage. Elle présente également des symptômes dépressifs et une réaction aux traumatismes, mais pas aussi forts que ceux de sa mère. La fille va aux cours et est active. Maintenant, il s'inquiète surtout pour sa mère, il pense moins à ce qui s'est passé. Le fils Mateusz fonctionne psychophysiquement assez bien. Cependant, il échappe à la douleur mentale en jouant sur l'ordinateur. Il ne sort pas beaucoup de la maison car il a peur pour sa mère. Il va à l'école, il n'y a pas de problèmes d'apprentissage.

La famille s'est retrouvée dans une situation très traumatisante liée au décès de leur père et à la pandémie. Elle est composée de trois personnes : la mère, la fille et le fils. La mère présente des symptômes fortement dépressifs, la fille a pris en charge les tâches ménagères, le fils s'évade dans les jeux informatiques.

La communication dans la famille est très étroite. Les frontières familiales sont devenues rigides. Les contacts avec les personnes extérieures à la famille sont limités. Les membres de la famille se soutiennent fortement les uns les autres, font preuve d'une attention mutuelle, mais principalement dans la relation des enfants à la mère. La mère fonctionne mal dans les rôles de la vie. Les enfants fonctionnent raisonnablement bien à l'école, mais ils ont des contacts sociaux limités.

3. Intervention

La première rencontre avec la famille. La famille est venue au centre pour demander de l'aide. Elle a été dirigée par la sœur d'Anna, qui a organisé une rencontre avec la famille par téléphone. La première rencontre a été menée par deux intervenants. Malgré la pandémie et les recommandations de contact en ligne, il a été décidé de prendre contact directement, en face à face. Une collaboration avec la famille a été établie pour la rencontre, apportant compréhension et soutien. Un diagnostic de la problématique a été réalisé. Le fonctionnement de chaque membre de la famille ainsi que de l'ensemble du système familial a été évalué. Les attentes de la famille concernant les objectifs et les formes d'assistance ont également été établies. La consultation familiale avait pour but d'accroître la sécurité et la stabilité dans une situation traumatisante. Des conditions de sécurité ont été créées pour parler du traumatisme vécu. Pour la première fois depuis la mort du père, la mère et les enfants ont parlé ensemble de l'incident et de la situation actuelle. Ils ont également pu exprimer en toute sécurité leurs émotions et leurs craintes. Ils ont exprimé leur volonté de participer à d'autres réunions. Les intervenants ont proposé des réunions séparées pour chaque membre de la famille et des réunions communes pour toute la famille. Tout d'abord, une rencontre de Mme Anna avec un médecin a été organisée afin d'améliorer son sommeil. Des réunions individuelles avec trois intervenants différents ont eu lieu une fois par semaine. Des réunions familiales communes ont eu lieu une fois par mois. Le travail d'intervention est prévu pour six mois. Le travail individuel avec la mère, Mme Anna, visait à améliorer son fonctionnement et à réduire les symptômes dépressifs. L'objectif suivant était de travailler sur la perte et le deuil. Le travail avec les enfants était axé



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

sur leurs problèmes et leurs besoins, non seulement dans le contexte de la perte de leur père, mais aussi de leurs craintes pour leur mère. Les réunions familiales se sont concentrées sur le fait de vivre le deuil ensemble et d'améliorer le fonctionnement du système familial.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Effets

Après trois mois, le fonctionnement de la mère, Mme Anna, s'est amélioré. Le médecin a recommandé des antidépresseurs. Grâce à cela, son sommeil et son activité se sont améliorés, les symptômes dépressifs ont diminué. Mme Anna a repris ses tâches ménagères et son travail. Grâce à cela, la fille a pu s'impliquer davantage dans la vie en dehors de la famille. Le fils, Mateusz, a commencé à contrôler son jeu sur l'ordinateur, a commencé à contacter ses amis plus souvent. Les réunions de famille ont beaucoup aidé à vivre le deuil. Au cours de ces réunions, la famille a pu exprimer ensemble ses sentiments, tant la tristesse que la peur de l'avenir. Un moment important du travail avec la famille a été l'écriture d'une lettre d'adieu au père (6 mois de travail thérapeutique). Ils ont écrit une lettre commune. Mais chacun a également écrit une lettre à son père. Ils ont apporté ces lettres au cimetière, sur la tombe de mon père.

Ressource : Ackerman Courtney E. (2018). 3 Techniques et interventions de thérapie de deuil.
<https://positivepsychology.com/grief-counseling/>



Étude de cas 2

Symptômes sévères de COVID-19 et de PTSD : Approche TCC individuelle mettant l'accent sur la restructuration cognitive et l'acceptation

Partenaire responsable : Université de Presov (SK)

Auteur : Ľubica Zibrínová

Mots-clés : COVID-19, PTSD, restructuration cognitive et acceptation

4. Description de l'événement

1. Scénario

Le patient, Peter, 53 ans, vient à l'intervention après avoir subi un COVID-19 - degré sévère avec induction nécessaire de sommeil artificiel pour une période d'environ 1 mois. Après le retrait du sommeil artificiel et la capacité de se déplacer de manière autonome, il vient sur les conseils de son médecin généraliste et de ses proches. Il se plaint d'un certain nombre de peurs laissées en lui par son hospitalisation. La peur la plus forte provient de sa méfiance envers les médecins. Il pense qu'ils n'ont pas les compétences et les connaissances professionnelles suffisantes, ce qui explique que les gens souffrent et meurent. Il a du mal à se rendre de lui-même au contrôle, il a peur qu'ils fassent encore une erreur et que cette fois, il meure. Sa femme est atteinte d'un cancer, il a très peur pour sa vie et pour l'influence des médecins sur sa santé. Quand il voit les nouvelles ou le médecin, il frissonne et les souvenirs de l'hôpital et un fort sentiment d'impuissance et de finalité reviennent.

2. Équipe d'intervention

Thérapeute formé à la TCC.

5. Conditions générales

Le patient a été infecté par le COVID-19. Il était très inquiet pour la vie de sa femme, ne supposant pas qu'il serait lui-même en danger, étant donné que sa femme était atteinte d'un cancer et qu'il avait été en bonne santé jusqu'à présent, sans aucune dispense. Les symptômes de la maladie covidienne se sont installés, qu'il a raisonnablement bien gérés dans les premiers temps. Après la période d'incubation, une phase symptomatique s'est développée avec des symptômes non caractéristiques d'une infection des voies respiratoires (semblable à la grippe). Le symptôme typique était une perte temporaire du goût et de l'odorat.

Le stade pulmonaire précoce s'est manifesté par une dyspnée aux jours 5-8 de la maladie. L'état ne s'est pas amélioré ; au contraire, la fièvre a persisté et la dyspnée était associée. À ce stade, le virus avait déjà causé des dommages aux poumons (pneumonie virale) et la réaction immunitaire non régulée avec toutes ses conséquences, appelée tempête de cytokines, s'intensifiait progressivement. La maladie a évolué vers le stade pulmonaire tardif. Description des symptômes du COVID-19 :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- un essoufflement sévère
- pression forte et incessante dans la poitrine
- une douleur thoracique sévère
- perte de la parole, confusion au réveil
- cracher du sang
- température élevée, fièvre
- toux sèche
- fatigue
- frissons
- perte de l'odorat ou du goût
- maux de tête
- douleurs musculaires ou articulaires
- mal de gorge

Par la suite, il a été plongé dans un sommeil artificiel, pendant environ 1 mois, puis réveillé. Après l'interruption du sommeil artificiel, une confusion importante, une désorientation, une perte de la capacité à se souvenir du passé, une perte de mobilité et des douleurs musculaires sévères dans tout le corps. Malgré un traitement anti-inflammatoire intensif, une toux intense est présente. La colère est associée à la peur et à l'impuissance. Stabilisé par la suite et renvoyé aux soins à domicile. Réhabilitation intensive recommandée pour retrouver la mobilité. Cette phase a duré environ 5 mois. Pendant cette phase, il a été soigné par sa femme (elle souffre d'un cancer). Il s'est dit qu'il était moins bien loti qu'elle car il dépendait de son aide. Il était incapable de dormir la nuit, craignant de ne pas se réveiller. À chaque mention de médecin, d'hôpital et de maladie, il frissonnait, incapable de contrôler sa peur, et des images vivantes du moment où il s'est réveillé lui revenaient en mémoire. Par la suite, une symptomatologie post-traumatique s'est développée :

- cauchemars
- pensées effrayantes
- transpiration et tremblements
- refus de discuter de l'événement
- évitement des choses rappelant l'événement
- le sentiment d'être détaché et aliéné des autres
- incapacité à se souvenir de certains aspects de l'événement
- diminution de l'intérêt pour la vie
- difficulté à se concentrer
- difficulté à s'endormir ou réveil et impossibilité de s'endormir
- humeur
- irritabilité
- des accès de colère
- une vigilance excessive face à un danger potentiel
- éprouver des sentiments destructeurs lors d'événements similaires
- des sentiments de culpabilité
- phobies
- trouble anxieux
- dépression grave
- maux de tête
- douleur à la poitrine



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- anxiété et douleur physiques
- un système immunitaire affaibli
- problèmes de fonctionnalité de base

6. Intervention

L'utilisation de la respiration contrôlée combinée à l'exposition de souvenirs et d'événements actuels et à la restructuration cognitive - dans le but d'accepter la vie réelle avec la présence d'éventuelles maladies, même de nature très grave.

Dans la première phase de l'intervention, nous avons simplement fait parler le client et lui avons demandé des faits pour étayer ses fonctions cognitives. Nous avons ensuite administré une courte batterie diagnostique visant à l'orienter vers les points faibles du mécanisme psychologique qui devaient être renforcés en thérapie. Nous avons appliqué les schémas inadaptés de Young - le questionnaire YSQ-S3 SK-90-item, l'Impact of Event Scale-Revised (IES-R), le PHQ-9 pour les symptômes de dépression, et l'échelle de trouble d'anxiété généralisée (GAD-7) en sept points. L'intervention sera décrite en 7 étapes d'intervention (sessions) :

1. Intervention - Utilisation de techniques de stabilisation pour s'entraîner dans l'ici et maintenant

Des techniques de stabilisation ont été utilisées pour ramener l'anxiété/tension submergée dans l'état "ici et maintenant", c'est-à-dire dans le présent. Nous avons utilisé les techniques suivantes : **compter de 100 à 7** (activer les fonctions cognitives) ; la **pleine conscience compatissante** : s'asseoir et observer les sensations qui surgissent dans le corps. Lorsque je les remarque, je peux avoir une pensée : bienvenue ; la **respiration dans le carré** : inspirer par le nez pendant 4 secondes. Retenir son souffle pendant 4 secondes. Expirez par le nez pendant 4 secondes. Retenir son souffle pendant 4 secondes. Dans l'esprit, on fait ainsi le tour du carré. Nous avons recommandé de faire l'exercice en position assise et plus tard en marchant.

2. Intervention - Utilisation de techniques pour améliorer la concentration de l'attention

- énumérer tout ce qui se trouve dans la pièce (ou ce que tout ce qui se trouve dans la pièce est vert, etc.) Cette procédure aide le cerveau à étendre la perception à d'autres choses.
- Je m'assois sur une chaise, les yeux fermés, et je me contente de remarquer et d'observer : Quelles parties du corps touchent la chaise ? Où la pression est-elle la plus forte ? Quelles parties du corps sont chaudes et quelles parties sont froides ? Quels sons me parviennent de l'extérieur et de l'intérieur du corps ? Quelles sont les odeurs qui me parviennent ? Quel goût a ma bouche ? J'ouvre les yeux et j'observe les couleurs qui me viennent - Pour m'arrêter, pour me retirer de ce qui se passe. Dans mon esprit, j'imagine une position de "drone" et j'observe simplement cette distance.

3. Intervention - Réunion d'acceptation des émotions négatives - trouver une relation positive à une émotion négative.

La **technique RAIN** pour faire face aux sentiments désagréables et pour accepter l'émotion sans que le patient ne la traite intérieurement.

1. R - RECOGNIZE - reconnaître ses sentiments, ses émotions, qu'ils lui arrivent, en prendre conscience.

2. A - ALLEGER - pour permettre à l'expérience d'être telle qu'elle est, pour accepter ces sentiments. Les laisser être telles qu'elles sont dans l'instant. Ce genre de permission lui permettra d'être plus en contact avec lui-même et de ne pas rester dans l'aversion/résistance.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

3. I - INVESTIGATE - Explorez gentiment, et tournez votre curiosité vers l'expérience en cours. Posez-vous simplement la question "Que se passe-t-il pour moi ? Qu'est-ce qui demande mon attention ? Comment est-ce que je le ressens dans mon corps ?"

4. N - CONSCIENCE NATURELLE ou NON-ACCEPTATION - la conscience naturelle de ne pas s'identifier au sentiment ou à la pensée désagréable. Notre Soi n'est pas limité par des émotions temporaires, et c'est là que réside la liberté.

4. Intervention

- Le patient ressentait un besoin irrationnel d'être rassuré et de contrôler ce qui se passait. Nous avons donc cherché à obtenir de nouvelles opinions et attitudes sur des événements réels.
- Points de vue constructifs : Fournir une perspective constructive sur ce que nous vivons. Nous avons cherché dans chaque situation des ressources qui peuvent être utilisées. Nous avons essayé de soutenir ce que nous pouvons faire.
- Se concentrer sur l'ici et le maintenant : nous n'avons aucun contrôle sur ce qui va arriver. Tous les plans ont été brisés. L'important est de se concentrer uniquement sur ce jour, sur le "ici et maintenant". Sur ce qui est là, ce qui est à ma portée.

5. Intervention - Restructuration cognitive

Cette méthode sert :

1. de prendre conscience des pensées négatives qui ont un impact sur l'émergence d'une humeur négative
2. pour explorer la validité des pensées
3. pour trouver des pensées rationnelles
4. pour tester la validité d'une réponse rationnelle dans des situations réelles

En utilisant le questionnement socratique, nous avons exploré la validité des pensées :

- on ne peut pas faire confiance aux médecins, ils n'ont ni les connaissances ni les compétences professionnelles suffisantes
- Je ne peux pas m'endormir. Quand je m'endors, je ne me réveille pas.
- ma femme a un cancer, et je suis plus mal en point qu'elle.
- Si je vais chez le docteur, il va me faire mal et je vais mourir.
- Je suis malade, je ne serai plus jamais fonctionnel.

Les questions suivantes (sujets) ont été explorées :

1. Qu'est-ce qui est pour ? Qu'est-ce qui est contre ?
2. Y a-t-il d'autres explications possibles ?
3. Que penserait une autre personne dans une telle situation ?
4. Cette idée est-elle basée sur un sentiment ou sur la réalité ?
5. Quels sont les avantages ou les inconvénients de cette façon de penser ?
6. Quelles sont les erreurs de logique qu'il commet ?
7. Oublie-t-il des faits importants et surestime-t-il l'importance de choses insignifiantes ?
8. Ne pense-t-il pas en termes extrêmes - tout ou rien ?
9. Ne s'occupe-t-il pas des questions auxquelles il est impossible de répondre ?



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

10. N'est-il pas plus exigeant envers lui-même qu'envers les autres ?
11. Ne surestime-t-il pas la probabilité qu'un événement particulier se produise ?
12. Même si ce que le patient craint devait arriver, qu'est-ce qui serait si terrible ?
13. Le patient n'assume-t-il pas aussi la responsabilité d'événements indépendants de sa volonté ?

6. Intervention - Acceptation de la réalité, acceptation de la maladie comme une partie possible de la vie.

John Leach a déclaré : "Des victimes ont été récupérées dans des canots de sauvetage équipés de boîtes de secours (fusées, nourriture, trousse de premiers secours, etc.) que personne n'a ouvertes et dont le contenu important n'a pas été utilisé. Quelqu'un abandonne trop tôt".

Dans les situations difficiles, chacun dispose d'une quantité limitée de ressources. L'important est de bien gérer les ressources et de chercher des solutions créatives - celles auxquelles nous ne penserions pas de prime abord. Combinez différentes options, et remplacez les ressources par autre chose...

Les exercices proposés ont donné les options actuelles :

- Compte tenu de l'instabilité du moteur, lire 1 heure par jour - peut être mis en œuvre même chez les malades.
- Pour renforcer la stabilité motrice, construire un modèle réduit d'avion, quelle que soit la qualité du résultat, peut être mis en œuvre même par une personne malade.
- Pour commencer à apprendre une langue étrangère - l'entraînement de la mémoire - peut être effectué par un individu malade.
- Aider les malades - à la fin de la thérapie, le patient a suivi un cours de massage pour être utile aux personnes malades, infirmes, afin de soulager la douleur des autres et de voir l'importance d'aider.
- Détourner l'analyse de soi pour aider les autres. Persévérer signifie "ne pas abandonner", quelles que soient les difficultés rencontrées.

7. Intervention - Recherche de la signification positive du traumatisme dans la croissance personnelle du patient.

4. Effets

1. Indicateurs de résultats (par exemple, IES-R)
Amélioration significative des symptômes de PTSD, de dépression et d'anxiété mesurés avec IES-R, PHQ9, GAD-7.
2. Symptomatologie
Réduction significative de la symptomatologie du SSPT ainsi que des symptômes de dépression et d'anxiété générale. Changement de perspective de la situation de vie. Augmentation de l'appréciation de la vie et de la reconnaissance du fait que sa vie a été sauvée et que les autres l'ont aidé. Cette perspective conduit à une plus grande ouverture aux autres et à une plus grande volonté d'aider les autres.
3. Fonctionnement social
Il s'ouvre davantage aux autres, réduit son hostilité et diminue considérablement son isolement social. Amélioration du fonctionnement quotidien. En changeant de travail après 13 ans pour un emploi qui correspond mieux à ses capacités, à ses besoins et à sa formation. Recherche des possibilités d'aider les autres en tant que bénévole dans un hôpital. Meilleure acceptation des changements de vie (par exemple, avoir de nouveaux voisins).



5. Interdisciplinarité globale

Cette étude de cas peut être un bon exemple de travail étape par étape avec un client qui a vécu un traumatisme. Il s'agit de gérer les symptômes du stress aigu, par exemple en s'entraînant à la respiration régulée et aux techniques d'ancrage, puis de changer sa perspective sur le traumatisme par la restructuration cognitive et l'acceptation de l'expérience traumatique et de ses conséquences, ce qui aide à intégrer l'expérience dans sa vie. Les techniques présentées dans l'étude de cas peuvent également être utilisées séparément dans différentes phases de stress et selon différentes approches et par différentes personnes fournissant une intervention axée sur le traumatisme. La description de chaque étape d'intervention dans le contexte d'un cas spécifique permet de mieux comprendre comment ces étapes d'intervention peuvent être utiles au traitement des réactions post-traumatiques, à l'intégration de l'expérience traumatique et au processus de croissance post-traumatique.

Ressource : Ľubica Zibrínová. Interventions individuelles de TCC avec un client souffrant de COVID-19 sévère. Étude Casa à partir de sa propre pratique clinique. Ambulance de psychologie clinique, Presov, Slovaquie.

Étude de cas 3

Interventions en cas d'incident critique

Partenaire responsable : Associazione per l'EMDR in Italia (IT)

Auteur : Roger M. Solomon

Mots-clés : Urgences, intervention EMDR

Méthode : EMDR

1. Description de l'événement

Scénario

Une tragédie communautaire a un impact sur un certain nombre d'individus, lorsque l'infrastructure communautaire a été détruite et que d'autres problèmes prennent le devant de la scène immédiatement après la catastrophe (abri, nourriture, sécurité, etc.).

2. Conditions générales

1. Conditions générales des victimes/groupe. Symptômes selon la CIM 11

En cas d'événement critique, les victimes peuvent être affectées par :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

- Trouble du stress aigu (TSA)
- Dépression
- Réactions compliquées au deuil
- Peur, anxiété, excitation physiologique à un niveau qui interfère avec le fonctionnement.
- Problèmes de maîtrise de la colère
- États dissociatifs sévères
- Handicap fonctionnel
- Toxicomanie
- Perturbation des relations

2. Effet du niveau général actuel de fonctionnement de la victime

Au départ, les survivants peuvent être en état de choc, c'est pourquoi des interventions discrètes axées sur la stabilisation sont les plus appropriées. Il s'agit d'interventions qui favorisent un sentiment de sécurité, réduisent l'excitation et fournissent une éducation et un soutien pour des stratégies d'adaptation.

3. Intervention

Il est important d'adopter une approche longitudinale et de fournir un continuum d'interventions psychologiques pour répondre à l'évolution des besoins dans le temps et en fonction de la phase de rétablissement que vivent les personnes. À la suite d'un incident critique, en termes de trois grands objectifs cliniques qui se chevauchent et évoluent dans le temps :

Stabilisation (premières 48 heures ou plus),
Identification des moyens d'adaptation et des ressources (24 heures à 12 semaines),
et le *soutien au rétablissement* (de 2 semaines à 52 semaines).

Les stratégies d'intervention peuvent être développées en fonction de :

1. Population cible - Qui a besoin d'une intervention ?
2. Type d'incident - Quelles sont les interventions appropriées ?
3. Timing - Quand ?
4. Thèmes - Quels sont les faits de l'incident, les questions et les préoccupations ?
5. Ressources - Quelles sont les meilleures ressources disponibles pour fournir les services ?
6. Évaluation continue.

1. Description de la **phase initiale - les 48 premières heures** (triage/atteinte... secours d'urgence, évaluation des dégâts).

La stabilisation est l'objectif des interventions dans les 48 premières heures et plus. L'état de transition après l'événement, lorsque la personne essaie de valider, de vérifier et de comprendre son expérience, est une période critique où les personnes traumatisées sont suggestibles et enclines à se dissocier lorsqu'elles y sont invitées. L'objectif de l'intervention psychologique dans la période qui suit immédiatement l'événement est la stabilisation, c'est-à-dire le confinement émotionnel et la mise en place de stratégies d'adaptation constructives pour diminuer l'excitation, augmenter le contrôle et empêcher la détresse ou la déficience de s'aggraver. Il faut réduire au minimum l'exposition aux stimuli excitants.



2. Première intervention psychosociale (stabilisation, accès aux ressources, hébergement et/ou logement temporaire)

Évaluation du fonctionnement/des besoins. L'évaluation du fonctionnement/des besoins (triage) est effectuée pour déterminer ce qui est nécessaire. Une évaluation doit être menée pour évaluer l'impact de l'événement et ce qui est nécessaire.

Premiers secours psychologiques. Les premiers secours psychologiques (PFA) sont des interventions pragmatiques mises en œuvre pendant la phase d'impact immédiat sur des personnes qui ont des réactions de stress aiguës ou qui semblent incapables de retrouver un équilibre fonctionnel suffisant par elles-mêmes (Young, 2006). L'objectif de la PFA est d'aider à faire face et à résoudre les problèmes de manière adaptative. La PFA comprend des interventions axées sur 1. La sécurité. 2. Calmer/stabiliser. 3. Le lien avec les autres. 4. Augmentation de l'auto-efficacité et de l'autonomie. 5. Espoir

3. Interventions individuelles

Intervention de crise individuelle. Lorsqu'une personne est particulièrement bouleversée, une séance individuelle, par opposition à une intervention de groupe, est justifiée. L'exposition aux histoires d'autres personnes peut intensifier les réactions de cette personne. Avec les précautions qui s'imposent, l'EMDR peut être utilisé dans un contexte d'intervention de crise (Solomon, 1998). Les articles de Kutz et d'E. Shapiro et Laub dans ce numéro en donnent une description plus détaillée.

4. Interventions de groupe : Intervention psychosociale sur le réseau familial, la communauté...l'école, l'organisation, le département...

Les séances d'information sur la gestion de crise (Mitchell & Everly, 2000), également appelées "Critical Incident Stress Orientation" (Solomon & Macy, 2003). Cette intervention s'apparente à une réunion publique et peut être appliquée à de grands groupes de personnes. La réunion est de nature informative et se concentre sur la présentation des faits concernant ce qui s'est passé et sur l'enseignement des réactions normales et des capacités d'adaptation. Le fait de se réunir avec d'autres personnes dans un environnement sûr et sécurisé offre une structure, renforce la cohésion du groupe et réduit l'isolement, et permet de procéder à un triage.

Démobilisation (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Cette intervention est généralement proposée au personnel des services d'urgence après un événement de grande ampleur, lorsqu'il y a trop de personnes impliquées pour fournir des services plus personnalisés. Elle est conçue pour être une session rapide d'information et de repos après l'événement. Après avoir été relevées du lieu de l'incident, les unités peuvent se rendre à un endroit où elles reçoivent une brève séance d'information (par exemple, 10 minutes) sur le stress et l'adaptation aux incidents critiques et disposent de quelques minutes (par exemple, 20 minutes) pour se nourrir et se reposer. Le prestataire de services psychologiques peut être disponible pour offrir la brève formation et procéder à un dépistage informel des personnes qui pourraient avoir besoin d'une aide supplémentaire.

Le désamorçage (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Le désamorçage est une réunion ou une discussion de groupe sur un incident critique, organisée dans les premières heures suivant l'événement. Ce n'est pas une intervention appropriée pour une catastrophe de masse. En général, les personnes qui partagent la même perspective sont placées dans le même groupe, par exemple un groupe de travail, les personnes présentes



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

sur les lieux ou celles qui partagent une perspective particulière. Cela renforce les avantages de la cohésion et de l'identification du groupe et réduit l'isolement. Les groupes peuvent être très utiles pour valider et normaliser l'expérience. Un désamorçage dure généralement de 20 à 45 minutes. Les objectifs sont d'atténuer l'impact de l'événement, de réduire les symptômes, de favoriser le processus de rétablissement et d'évaluer le besoin d'autres services. L'accent est mis sur le confinement plutôt que sur l'ouverture. Le prestataire ayant reçu une formation appropriée peut diriger le désamorçage.

Orientation. Si les personnes sont gravement touchées et ne s'en sortent pas bien, il est nécessaire de les orienter vers une évaluation et un traitement plus poussés. La liste des symptômes décrits dans le paragraphe 2 constitue un bon exemple d'une situation nécessitant une orientation vers un spécialiste.

5. Description de la phase aiguë 24 heures-12 semaines (identification des moyens d'adaptation et des ressources).

Une partie importante du rétablissement est l'identification des ressources disponibles qui peuvent aider à promouvoir le rétablissement. Ces ressources comprennent le réseau social (amis et famille), les services communautaires, les services professionnels, les institutions religieuses, les services médicaux, etc. Une évaluation visant à déterminer quelles interventions sont appropriées, et à quel moment, devrait être effectuée après quelques jours.

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Une discussion volontaire, confidentielle et non évaluative sur l'implication, les pensées et les réactions résultant de l'incident. L'animateur est un professionnel de la santé mentale. Des personnes formées au soutien par les pairs participent souvent aux débriefings offerts aux travailleurs des services d'urgence. Un CISD permet également d'éduquer et de discuter du stress et de l'adaptation. Elle est menée avec des groupes homogènes (c'est-à-dire des groupes qui partagent la même perspective sur l'incident) après l'incident. Elle est généralement dispensée 1 à 14 jours après la crise, mais peut être plus tardive en fonction de la situation. Par conséquent, la DSIC peut ne pas être applicable immédiatement après une catastrophe de masse dont l'impact est prolongé et continu. Les objectifs de la DSIC sont d'atténuer les symptômes aigus, d'évaluer le besoin de suivi, de promouvoir le rétablissement et, si possible, de faciliter la fermeture psychologique.

En outre, la DSIC offre la possibilité d'évaluer qui peut avoir besoin d'être orienté vers d'autres services. La DSIC n'est pas un traitement des traumatismes mais une modalité d'intervention en cas de crise qui doit s'inscrire dans un cadre global.

La DSIC a été quelque peu controversée. L'exposition aux histoires d'autrui peut accroître la détresse et être contre-indiquée (Wessely, Rose et Bisson, 1998). Par exemple, les personnes présentant des signes importants de dissociation, de détresse aiguë et d'agitation, ou les personnes qui s'isolent peuvent subir les effets négatifs de l'exposition aux histoires des autres et bénéficier davantage des premiers soins psychologiques ou des séances individuelles. Bien que la DSIC puisse apporter un soutien et un apprentissage extraordinaires aux groupes touchés par un incident critique, la DSIC obligatoire peut en fait accroître les symptômes d'excitation et d'évitement.

Intervention individuelle/stabilisation. Les survivants qui présentent des symptômes importants peuvent bénéficier de séances individuelles au cours desquelles les problèmes peuvent être traités plus en profondeur. Le prestataire peut procéder à un dépistage/triage des symptômes importants et offrir la possibilité d'une intervention individualisée.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Services aux familles. Les membres de la famille peuvent avoir leurs propres réactions de stress à l'événement, ce qui empiète sur l'atmosphère familiale et interfère avec le rétablissement. Des ateliers spéciaux et des séances d'information pour les membres de la famille, ainsi que des séances individuelles et familiales, peuvent être très bénéfiques.

EMDR. L'auteur a généralement recours à l'EMDR dès que l'impact émotionnel a commencé à se faire sentir, et souvent plus tard. Dans un premier temps, après un incident critique, il peut y avoir un choc, un engourdissement, un déni, une dissociation, et d'autres mécanismes psychologiques qui servent à repousser les émotions écrasantes (Solomon & Macy, 2003). A un moment donné, la réalité de ce qui s'est passé, la signification et les émotions commencent à être ressenties. C'est à ce moment-là que l'EMDR peut être utile. Cela peut être un jour ou deux après l'incident, jusqu'à plusieurs mois, en fonction de la réaction du survivant. Le protocole d'événement récent (Shapiro, 2001) s'est avéré utile (voir l'article de Colelli dans ce numéro), et les Israéliens ont approfondi les interventions EMDR précoces pour les événements récents (voir les articles de Kutz, et E. Shapiro & Laub dans ce numéro).

6. Description de la phase de suivi 2 semaines-52 semaines (récupération et résolution).

Un soutien et des services de suivi peuvent devoir être disponibles en permanence, et une évaluation continue doit être effectuée. Des suivis doivent être effectués sur les références qui ont été faites.

L'impact et la signification de l'incident évoluent avec le temps. Le prestataire peut proposer d'autres débriefings et réunions de groupe qui peuvent favoriser l'intégration de l'incident, soutenir l'adaptation à un monde désormais perçu comme différent, et améliorer la résilience pour renforcer la capacité de l'individu et du groupe à faire face.

Séminaire post-incident critique. Le séminaire post-incident critique (SIPC) est une intervention de groupe multimodale sur plusieurs jours (par exemple, 3-4 jours), utilisée par un certain nombre d'organisations pour le suivi. Une fois que plusieurs mois se sont écoulés et qu'une certaine distance psychologique a été prise par rapport à l'événement, le suivi peut être utile pour faire face aux conséquences à long terme de l'événement. Le format de plusieurs jours offre suffisamment de temps pour raconter son histoire, pour interagir avec d'autres personnes ayant vécu un incident critique (ce qui est extrêmement utile pour valider et légitimer les réactions à l'incident), pour recevoir une formation sur les réactions typiques et les capacités d'adaptation, et pour continuer à travailler sur l'incident. Ce format s'est avéré efficace pour réduire les symptômes du traumatisme (Solomon & Kaufman, 2002). L'ajout de l'EMDR à cette structure s'est avéré entraîner une plus grande réduction des symptômes que l'atelier seul (Solomon et Kaufman, 2002).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Effets

1. Indicateurs de résultats

Face à une tragédie, il est important de se rappeler que tous les signes et symptômes de détresse aiguë ne sont pas pathologiques. En outre, les personnes qui ont vécu un incident critique peuvent avoir de bonnes capacités d'adaptation et de bons systèmes de soutien social qui permettent un rétablissement sain. Les valeurs culturelles, le jargon et le langage technique, les fonctions professionnelles, les facteurs de stress inhérents et les types de traumatismes inhérents à la profession doivent être compris par l'intervenant. À un niveau plus général, il est important de faire preuve de souplesse lorsqu'on a affaire à des cultures ethniques différentes.

2. Symptomatologie

Des tests d'évaluation (par exemple, l'IES-R) sont utilisés pour vérifier la symptomatologie principale. À la suite d'une tragédie, il est important d'adopter une approche longitudinale et de fournir un continuum d'interventions pour répondre à l'évolution des besoins dans le temps. Trop souvent, les cliniciens proposent des interventions "ponctuelles" dans les jours qui suivent une tragédie et ne parviennent pas à traiter les conséquences psychologiques à plus long terme. Le "menu" d'interventions décrit ici a été conçu pour renforcer les processus de rétablissement normaux dans des populations normales, ayant des réactions normales à des événements anormaux, sur une période de temps normale. Ces interventions n'ont jamais été conçues comme une thérapie (à l'exception de l'EMDR) ou un substitut de thérapie. Toutefois, en utilisant une approche globale et longitudinale, ces méthodes peuvent contribuer à atténuer l'impact de l'événement, à favoriser le rétablissement et à permettre de dépister les personnes nécessitant un traitement supplémentaire.

5. Interdisciplinarité globale

En résumé, l'intervention par incident critique décrite par Roger Solomon prend en compte une perspective longitudinale, prospective, interdisciplinaire et globale.

Longitudinale et prospective dans les termes dans lesquels elle est développée trois différentes phases de l'urgence (la phase aiguë précédant immédiatement l'incident critique, la phase aiguë et la phase de suivi), en soulignant la nécessité d'assurer la continuité du travail dans toutes les phases d'intervention et d'éviter les interventions "one shot".

L'intervention en cas d'incident critique est **interdisciplinaire** pour sa capacité à intégrer des interventions à plusieurs niveaux qui prennent en compte la diversité des besoins des victimes. Plus précisément, les besoins psychosociaux (besoins biologiques primaires tels que la nourriture, le logement), les besoins de sécurité (soins, sécurité physique), les besoins psychologiques (calme, relations avec le réseau social, sentiment de contrôle, traitement de l'expérience traumatique).

Enfin, l'Intervention Critique en Incident est **globale**, car elle implique une approche bio-psycho-sociale, se référant à une intervention qui prend en compte le contexte culturel, social, économique et spirituel des victimes. Elle fait également référence à tous les types de degrés de victimes (victimes directes, victimes indirectes, sauveteurs et victimes fragiles).

Référence : Solomon, R. M. (2008). Critical incident interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 160.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Étude de cas n° 4

TCC de restructuration, visualisation et reviviscence chez les femmes présentant des symptômes de SSPT

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (CZ)

Auteurs : Susan Ayers, Kristie McKenzie-McHarg, & Andrew Eagle

Mots-clés : individuel, PTSD, périnatal

Méthode : PTSD postnatal et utilisation de la restructuration cognitive et d'autres techniques de TCC.

1. Description de l'événement

Scénario

Sarah était âgée de 35 ans. Sa fille était née 14 mois auparavant et était le résultat d'une grossesse planifiée. Sarah a subi une interruption de grossesse non désirée à l'âge de 19 ans, qu'elle a gardée secrète pendant 16 ans car elle pensait que les gens la jugeraient négativement. Sarah était très anxieuse pendant sa grossesse car elle avait peur de révéler l'avortement et craignait que quelque chose ne tourne mal pendant la grossesse, en représailles à son avortement. Au cours de sa grossesse, Sarah a eu des saignements fréquents et une colposcopie a été pratiquée. Elle a perdu les eaux avant terme et le travail a été déclenché trois jours plus tard. Il y a eu confusion sur le déclenchement et Sarah est arrivée à l'hôpital pour ce qu'elle pensait être un contrôle de routine et a été immédiatement admise pour le déclenchement. À ce moment-là, elle panique parce qu'elle n'est pas préparée, qu'elle n'a pas d'effets personnels sur elle et que son mari n'est pas présent. La sage-femme qui a assisté à l'accouchement de Sarah ne s'est pas montrée compréhensive face à la forte anxiété de Sarah. Après un examen interne douloureux pendant lequel Sarah a pleuré et demandé à la sage-femme d'arrêter, celle-ci lui a dit : "Si vous pensez que c'est douloureux, comment allez-vous être en accouchant ?". À partir de ce moment, le travail et l'accouchement de Sarah ont été caractérisés par la douleur, des niveaux très élevés de détresse et la peur de la sage-femme qui a continué à être brusque et peu sympathique envers Sarah. Sarah a déclaré : "La sage-femme m'aboyait dessus... J'ai complètement levé mes barrières et j'étais pétrifiée... Je ne savais pas ce qui était bien et ce qui était mal". Après 25 heures, Sarah n'était dilatée que d'un centimètre et sa fille a donc été mise au monde par une césarienne d'urgence, au cours de laquelle Sarah a cru qu'elle allait mourir. Sarah a déclaré avoir commencé à ressentir la césarienne au milieu de l'intervention et a reçu de la morphine. Elle a déclaré s'être dissociée pendant la césarienne et ne se souvient de rien pendant 12 heures après l'accouchement.

2. Conditions générales

1. Conditions générales des victimes



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Sarah a décrit les premiers mois après la naissance comme étant "un flou" et il lui a fallu un an pour créer des liens avec sa fille. Les principaux thèmes de l'expérience de la naissance de Sarah semblent être les suivants

- se sentir terrifié, vulnérable et hors de contrôle ;
- des niveaux élevés de confusion et plus tard de dissociation ;
- confirmation de sa croyance que les autres vont la juger et la blesser à travers son expérience avec la sage-femme.

2. Effet des crises émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales

- **Émotions** : Il lui a été très difficile de créer des liens avec sa fille. Elle s'est beaucoup blâmée et s'est mise en colère contre elle-même. Elle était obsédée par ses échecs passés et se sentait inutile.
- **Soma** : Sarah a ressenti un manque d'énergie, de la fatigue, même les petites tâches lui demandaient un effort supplémentaire. Des troubles du sommeil étaient également présents.
- **Cognition** : Troubles de la concentration, de la mémorisation des pensées, et pensées fréquentes et récurrentes du travail.
- **Comportement** : Elle a beaucoup pleuré, pendant les premiers jours qui ont suivi l'accouchement, elle s'est reposée au lit et n'a pas été capable de faire les ADL (activités de la vie quotidienne).

3. Symptômes selon la CIM 11

Les symptômes du PTSD :

- Flashbacks
- Cauchemars
- Forte réaction physique et émotionnelle à tout rappel de l'accouchement.
- Engourdissement émotionnel
- Pleurer

Symptômes de dépressions légères :

- Manque d'énergie
- Troubles du sommeil
- Pleurer
- Slef-blame

4. Effet du niveau général actuel de fonctionnement de la victime

Quatre mois après la naissance, le médecin traitant de Sarah a diagnostiqué une dépression postnatale. Elle a été traitée avec des antidépresseurs et a participé à un groupe de soutien local pour la dépression postnatale. Cela l'a beaucoup aidée à continuer à fonctionner dans son rôle de mère.

Par rapport à son niveau de fonctionnement antérieur, elle a estimé qu'il s'agissait d'une diminution, notamment en ce qui concerne le niveau d'énergie et d'enthousiasme pour "faire les choses".

3. Intervention

1. Description de la phase initiale

Elle a été envoyée à l'équipe de soutien psychologique par son médecin généraliste (general practitioner).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Au cours de cette première séance, elle a semblé revivre l'expérience de l'accouchement et était effrayée, pleurant et tremblant. Ses flashbacks la voyaient allongée dans la salle d'accouchement, se sentant impuissante et terrifiée, alors que la sage-femme entrait par la porte.

2. Première intervention psychosociale

Soutien dans la **ventilation et la normalisation des émotions**, acceptation de Sarah en tant que mère qui fait de son mieux pour être là et essayer de travailler sur elle-même.

Exercice de **respiration** pour se calmer lorsqu'elle se sent dépassée par ses émotions.

Éducation psychologique sur les symptômes de la dépression et du PTSD.

Établir un **contrat** - elle veut se sentir mieux et être à nouveau efficace dans sa vie.

3. Intervention

Croyances fondamentales et pensées négatives : Sarah avait des croyances fondamentales sur elle-même, qu'elle considérait comme stupide et ratée, et sur les autres, qu'ils la jugeraient et lui feraient du mal. Les croyances de Sarah ont été renforcées par l'avortement, son expérience de l'accouchement et le diagnostic de dépression postnatale, qu'elle a interprété comme signifiant qu'elle était un échec et qu'elle ne pouvait pas s'en sortir. Sarah avait donc des croyances conditionnelles telles que "Si je parle aux gens de l'avortement, de la naissance ou de la dépression, ils vont me juger", "Si je suis bouleversée, les gens vont penser que je suis faible". Sarah avait fréquemment des pensées automatiques négatives en accord avec ses croyances fondamentales, telles que "Je ne peux pas faire face", "Je suis une ratée", et à propos des autres, telles que "Ils ne veulent pas savoir", "Comment peuvent-ils ne pas s'en soucier ?". Les stratégies compensatoires de Sarah consistaient à dissimuler l'avortement, la naissance ou les problèmes de santé mentale pour éviter d'être jugée.

- Une enquête anonyme a été menée sur l'opinion des autres concernant l'avortement de Sarah afin de remettre en question sa conviction que les autres la jugeraient. Cette enquête décrivait les circonstances dans lesquelles Sarah est tombée enceinte et a avorté et demandait aux gens ce qu'ils pensaient d'elle, s'ils la jugeraient et ce qu'ils feraient dans la même situation. 16 personnes qui ne connaissaient pas Sarah ont répondu à l'enquête et les réponses comprenaient des opinions pro-avortement et anti-avortement. Cette enquête a radicalement changé les convictions de Sarah sur elle-même, sur l'avortement, sur ce que les autres penseraient d'elle et sur l'importance qu'elle accordait aux opinions des autres.

Exercices de reviviscence : Sarah a passé en revue les événements de l'accouchement. Les points chauds (événements particulièrement émouvants de l'accouchement) ont été identifiés. Le principal point sensible concernait les actions de la sage-femme et la peur persistante de Sarah à son égard. Des exercices ont donc été utilisés pour modifier l'évaluation de ces événements par Sarah, par exemple en utilisant un jeu de rôle pour jouer la confrontation avec la sage-femme et réduire la peur de Sarah. Une visite de la salle d'accouchement a également été organisée pour aider Sarah à surmonter sa peur et son évitement.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

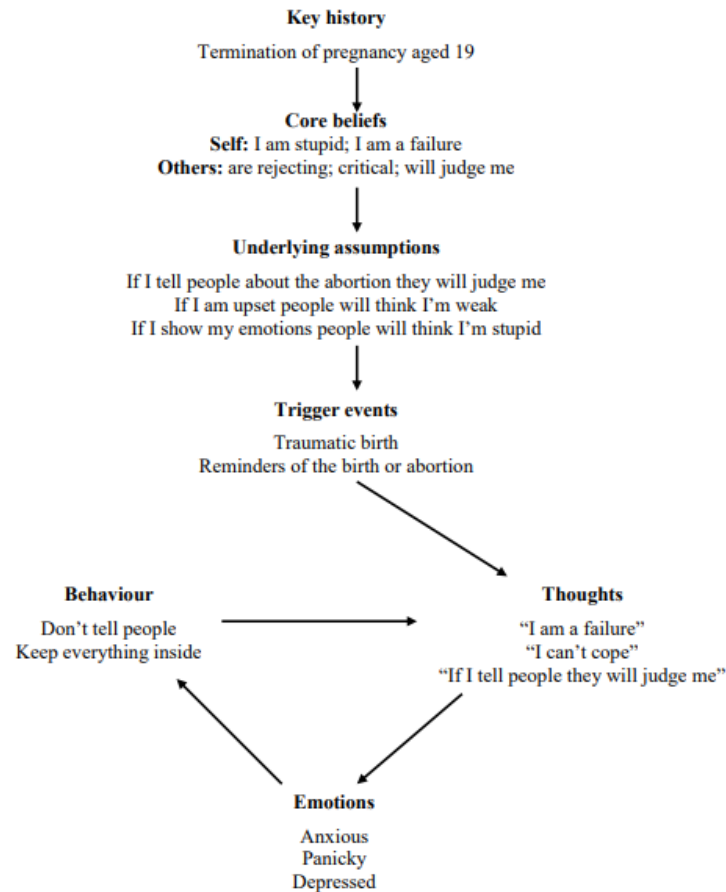
Des exercices de visualisation ont été utilisés pour rescripturer ses flashbacks (par exemple, imaginer différents professionnels de la santé dans la salle d'accouchement avec elle, au lieu de la sage-femme) et une reformulation positive a été utilisée pour consolider les changements dans les croyances de Sarah.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

La formulation de la situation par Sarah dans le TCC :



4. Intervention psychosociale sur le réseau familial, la communauté, etc.

Sarah ne voulait pas que sa famille soit au courant de ces problèmes.

5. Le suivi

Dix séances de TCC axée sur le traumatisme ont été effectuées.

4. Effets

1. Indicateurs de résultats

Aucune mesure n'a été évaluée, en dehors de son niveau de fonctionnement.

2. Symptomatologie

Les symptômes du PTSD de Sarah ont disparu et ses croyances sur elle-même et les autres ont été modifiées.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

3. Fonctionnement social

Le niveau de fonctionnement de Sarah a atteint le niveau précédent.

5. Interdisciplinarité globale

Ce rapport de cas peut être une bonne ressource pour une compréhension détaillée du travail sur les symptômes cognitifs et émotionnels chez une personne souffrant de SSPT. Il montre de manière très vivante le travail sur les pensées automatiques négatives et les croyances fondamentales, qui est complété par des techniques de reviviscence et de visualisation.

Le rapport souligne l'importance d'accroître la perception de la situation par le patient, par exemple en créant sa propre feuille d'enregistrement avec une description des difficultés et de leur interconnexion, ce qui donne au patient la possibilité de réaliser et de comprendre les enjeux de sa situation et lui donne ainsi l'occasion de commencer à y travailler.

Cette approche peut être utile dans toutes les démarches lorsqu'il est nécessaire de faire prendre conscience des schémas de pensée et de créer une distance entre le client et la situation.

Référence : Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder : case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 177-184.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Étude de cas n° 5

Développer un "micro-cosmo" : l'expérience d'enfants et d'adolescents réfugiés dans un cadre communautaire.

Partenaire responsable : Institut d'analyse des groupes Athènes

Auteurs : Francesca Giuseppina Bascialla, Alexandra Nikolara, Charalambos Sidiropoulos, Paris Papageorgiou

Mots-clés : individuel, PTSD, périnatal

Méthode : Une intervention communautaire pour les réfugiés : victimes de type I ou II (enfants/adolescents, femmes/mères, familles)

1. Description de l'événement

1. Scénario

Dans une ville d'environ 85 851 habitants de la région de Macédoine centrale en Grèce, l'ONG PERICHORESIS, une association humanitaire et à but non lucratif créée en 2016, a commencé à organiser un programme d'apprentissage/formation en anglais et en grec, ainsi que des réunions de coaching de vie et de travail pour les réfugiés (adultes, enfants et adolescents), en assurant un soutien d'approvisionnement pour les familles, et un soutien pédagogique pour les enfants/adolescents qui ont été, également, admis à étudier dans les écoles publiques locales. Au début, les participants venaient principalement de camps de réfugiés au premier stade de la phase post-migratoire, dans le but d'échapper aux guerres en cours dans les pays du Moyen-Orient ou d'Asie. Leurs familles étaient inscrites dans des programmes de logement. En 2022, avec l'invasion de l'Ukraine, une nouvelle crise des réfugiés a commencé. La Croix-Rouge hellénique, le HCR et le consulat ukrainien à Thessalonique ont demandé de l'aide concernant l'hébergement à l'organisation mentionnée ci-dessus. Tous les réfugiés concernés sont des victimes de type I ou II. Considérant que les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que les problèmes de discrimination, sont des questions centrales dans la phase post-migratoire, l'organisation non gouvernementale, avec l'aide de professionnels de la santé mentale, a organisé des interventions sociothérapeutiques de groupe pour les enfants, les adolescents et les parents, et, en outre, des activités sociales communautaires non structurées. Toutes les interventions ont été réalisées dans un environnement multiculturel, multireligieux et multilingue.

2. Équipe d'intervention

L'équipe d'intervention était composée d'un pédagogue, d'un pédopsychiatre-psychodramatiste-thérapeute familial, d'un sociologue, d'enseignants et de traducteurs.

2. Conditions générales

Être témoin de violences et vivre des événements traumatiques sont des facteurs associés à des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents (Ellis et al, 2008 ; Im 2018). Non seulement les facteurs



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

de risque individuels, familiaux et sociétaux contribuent au risque d'altération de la santé mentale des enfants/adolescents, mais l'altération de la santé mentale des principaux soignants a également un impact sur eux. Il existe des preuves que les problèmes de santé mentale ont une prévalence plus élevée également chez les jeunes réfugiés réinstallés dans les pays à revenu élevé (Barghadouch et al, 2018).

- I. Au cours de leur inscription, les enfants, les adolescents, les femmes et les mères impliqués dans le programme décrit ici, ont des besoins en matière de santé mentale en raison de leurs expériences traumatisantes pendant la phase pré- et post-migratoire (exposition à la violence, stress, incertitude, anxiété, exclusion, discrimination).
- II. Difficultés d'intégration dans un environnement nouveau et inconnu, dans lequel ils sont réinstallés.
- III. Tendance à l'isolement, évitement des contacts sociaux, participation plus passive à l'école. Les parents évitent de participer à la vie communautaire, ils préfèrent rester à la maison.

3. Intervention

Le matin, les enfants et les adolescents fréquentent régulièrement l'école publique locale. L'après-midi, ils suivent des cours de soutien pédagogique pour le programme scolaire et des cours de langue (anglais et grec). De plus, l'après-midi, l'organisation organise des groupes de soutien par les pairs, animés par un facilitateur et avec l'aide d'un traducteur. La participation aux groupes de soutien pour les réfugiés n'est pas obligatoire. Plus précisément, depuis mai 2022, un groupe de 12 enfants (8 filles et 4 garçons, âgés de 4 à 12 ans) se réunit pendant 90 minutes une fois par semaine. Depuis novembre 2022, un groupe de 7 adolescents (3 filles et 4 garçons, âgés de 13 à 16 ans) se réunit également pendant 90 minutes une fois par semaine. Ils viennent de 3 pays différents de 2 continents, et de 3 milieux religieux différents. Un autre animateur dirige un groupe pour les parents d'enfants et d'adolescents, qui participent au groupe de pairs. Le même animateur dirige également un groupe de soutien pour les femmes célibataires ou les mères, qui ont cherché de l'aide auprès de l'association. Les langues utilisées dans les groupes, outre le grec, sont au nombre de 3 et le traducteur parle toutes ces langues. L'animateur et le traducteur de chaque groupe sont toujours les mêmes personnes pour toutes les sessions de l'année. Chaque membre doit informer l'animateur en cas de retard ou d'incapacité à être présent. Il s'agit de groupes ouverts, ce qui signifie que les membres changent au fil du temps. De nombreuses familles de réfugiés participant au programme sont en attente de réinstallation, parfois dans un autre pays, mais généralement elles restent dans le pays d'accueil pendant au moins un an. Tous les participants de ces groupes sont également impliqués dans des activités dirigées par des réfugiés ou basées sur la communauté, avec ou sans la population locale, et s'invitent toujours les uns les autres (par exemple, l'organisation d'événements sociaux, un événement pour la célébration de la nouvelle année, des fêtes d'anniversaire, etc.) Au cours des trois premiers mois de leur participation aux groupes de soutien, les réfugiés ont parlé de leur expérience traumatisante avant la migration, de leur voyage et de leurs pertes. Les enfants les ont exprimés par la peinture. Après cette période, les thèmes discutés dans les groupes concernaient davantage les problèmes à l'école, les difficultés à apprendre de nouvelles langues, les préoccupations concernant les autres membres de la famille (les enfants pour leurs parents et vice versa) avec lesquels ils vivaient ou d'autres personnes avec lesquelles ils ont perdu le contact, mais aussi un grand besoin d'entrer en relation avec les personnes du nouvel environnement d'accueil est apparu.

Activités communautaires avec la population locale, élargissement et ouverture de la famille des réfugiés dans le réseau communautaire et connexion avec d'autres familles. Le programme est toujours en cours. Les groupes sont des groupes ouverts, ce qui signifie que de nouveaux membres seront introduits et que



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

d'autres membres peuvent quitter les groupes en raison de leur réinstallation dans une autre ville ou un autre pays.

Intervention : se concentrer sur la méthode

La communauté constitue le cadre élargi de cette intervention pour les familles de réfugiés cherchant à se réinstaller. L'organisation non gouvernementale offre également un lieu pour les activités de groupe. Après avoir assuré un logement aux familles, la fourniture de nourriture, de produits d'hygiène et de nettoyage, un accès précoce à des cours de langue, un soutien éducatif continu pour les plus jeunes et un emploi pour les adultes, le personnel a organisé une intervention psychologique multimodale et à plusieurs niveaux visant à leur intégration dans le contexte local, en renforçant le lien social. La méthode est basée sur les principes de la psychothérapie de groupe analytique et de la communauté thérapeutique. Ces deux approches permettent davantage d'échanges sociaux et de liens interpersonnels. Le groupe de pairs des adolescents est le cadre où ils peuvent exprimer librement, dans un contexte non critique, leurs pensées et leurs sentiments sur le présent, mais aussi sur leur histoire. Comme il n'y a pas de sujet de discussion prédéfini, à partir de leur expérience quotidienne à l'école, les adolescents évoquent leurs anciens camarades de classe, leurs amis, leur pays et expriment leur nostalgie pour cette époque.

Les adolescents peuvent se remémorer le passé sans être à nouveau traumatisés, et les relations au sein du groupe constituent un réseau de soutien par les pairs qui leur permet de surmonter leurs traumatismes. Il est également possible d'organiser des activités récréatives pour les adolescents, par exemple des jeux de table, de la musique, des chants et des fêtes d'anniversaire auxquelles sont invités leurs parents, leurs camarades de classe, leurs enseignants et les personnes du voisinage. Le groupe des enfants propose différents types d'activités, comme la peinture, le collage, la lecture de contes de fées et les jeux. Au cours de certaines séances, ils peuvent utiliser ces trois modes d'expression, écouter un conte de fées, peindre dessus, puis écrire tous ensemble leurs pensées. Les mères des enfants attendent dans une autre salle, une sorte d'espace de socialisation pour tous ceux qui veulent rencontrer d'autres personnes dans le bâtiment. Le groupe pour les femmes célibataires ou les mères et l'autre groupe pour les mères qui ont des enfants participant aux groupes, sont des groupes de soutien, où elles peuvent parler de leurs expériences passées, de leurs pertes, des problèmes quotidiens de leur vie de famille, mais aussi de questions pratiques.

De temps en temps, il y a des activités non structurées, comme cuisiner ensemble des plats traditionnels, typiques de chaque pays, et manger ensemble. Dans le cadre de l'organisation, le personnel crée des événements où toutes les personnes impliquées dans certaines activités se réunissent pour une célébration, les réfugiés sont invités à choisir et à proposer ce qu'ils souhaitent célébrer et, en jouant un rôle plus actif, ils organisent l'événement comme ils l'auraient fait dans leur pays. Ce sont des moments d'échange de leur histoire personnelle en tant que citoyens et, de plus, ils ouvrent la porte aux citoyens du pays d'accueil. Si une famille est relocalisée dans une autre ville ou un autre pays, un événement d'adieu est organisé. La fermeture est une autre phase difficile mais inévitable de la vie humaine, dire adieu rend la séparation plus facile.

Les bonnes pratiques :

- Fourniture d'un soutien éducatif continu
- Accès précoce à la formation linguistique
- Activités récréatives et culturelles dirigées par des réfugiés et basées sur la communauté
- Soutien par les pairs avec le modèle d'analyse de groupe
- Intervention multimodale et à plusieurs niveaux



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

4. Effets

Le personnel impliqué dans l'intervention a également la tâche de maintenir une communication avec l'école. Il est pertinent de noter que, dans une période de quelques mois de participation aux groupes de soutien, les enseignants de l'école ont souligné une nette amélioration des activités d'apprentissage, de la collaboration et de la socialisation avec les autres et une réduction des comportements perturbateurs chez les enfants et les adolescents. Les mères font état de meilleures relations entre les membres de la famille, mais aussi avec la population locale. Même les enfants les plus jeunes ont invité leurs camarades de classe aux activités récréatives organisées sur le lieu de l'organisation. On constate également une augmentation de la participation des pères et des maris qui, au début, étaient très hésitants quant à l'ensemble du programme.

5. Interdisciplinarité globale

L'intervention a commencé dans le contexte de l'urgence humanitaire en 2016. Avec l'invasion de l'Ukraine en 2022, les réfugiés de ce pays ont été acceptés dans le programme. La population de réfugiés concernée par l'intervention est en constante évolution sur 1 à 2 ans, car la réinstallation peut ne pas être permanente. Cette étude de cas décrit l'intervention qui a débuté pendant la première période de la guerre en Ukraine. Le cœur de l'intervention est multidisciplinaire ; des professionnels de l'humanitaire, de l'éducation et de la santé mentale travaillent en collaboration. L'intervention psychologique est basée sur l'approche de l'analyse de groupe et de la communauté thérapeutique. Le travail avec les réfugiés (professionnels de la santé mentale avec les réfugiés : enfants/adolescents, parents, femmes/mères, famille), constitue le premier niveau de l'intervention. Le deuxième niveau implique d'autres professionnels et d'autres activités (enseignants/étudiants : soutien scolaire et nouvelles langues). Dans l'ensemble, il peut être décrit comme un niveau à l'intérieur de l'organisation. Les réfugiés doivent être impliqués dans la vie régulière de la ville de réinstallation, ce qui constitue un troisième niveau. Les professionnels doivent établir et maintenir le contact avec les quartiers où vivent les réfugiés, avec l'école, avec le lieu de travail et avec toute autre structure qu'une personne peut fréquenter, par exemple une salle de sport ou une équipe de basket. Il s'agit d'une intervention davantage axée sur la communauté : organisation d'activités et d'activités dirigées par les réfugiés dans la communauté, mais aussi par la communauté. La coordination de toute cette intervention est obtenue par des réunions régulières de pratique réflexive de tout le personnel impliqué. C'est un exemple d'interdisciplinarité qui permet de contenir la charge émotionnelle tout en travaillant avec les traumatismes, et qui renforce la capacité à prendre en charge toutes les urgences apparaissant dans un cadre d'urgence.

Références :

Barghadouch A, Carlsson J, Norredam M. Troubles psychiatriques et prédicteurs ici de chez les enfants réfugiés au début de l'âge adulte : une étude de cohorte basée sur les registres. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2018;**206**(1):3-10.

Ellis HB, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees : the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;**76**(2):184-93.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Im H. Constructing health capital in ecological systems : a qualitative evaluation of community-based health workshops in the refugee community. *Soins de santé et soins sociaux dans la communauté* 2018;**26**(4):e541-51.

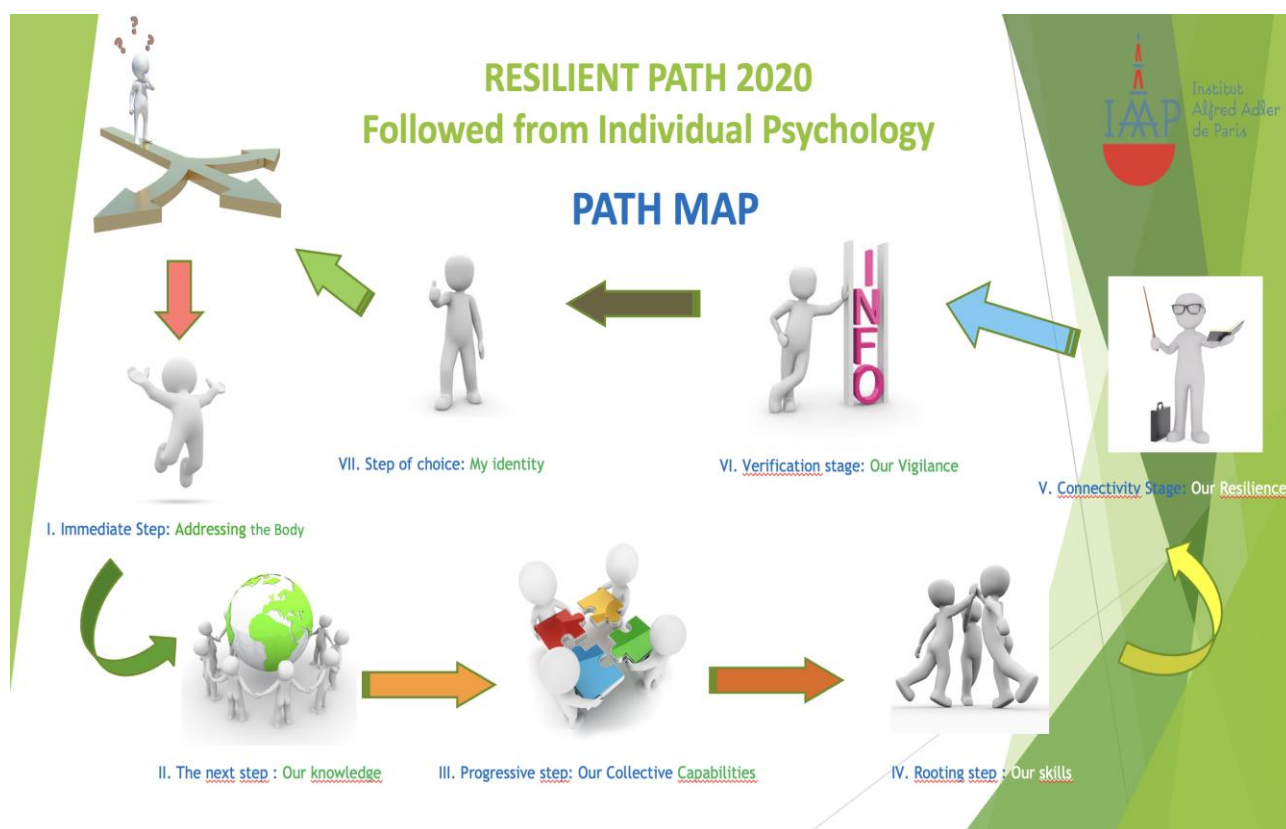
Soltan F, Uphoff E, Newson R, Purgato M, Taddese H, Barbui C, Vanderbloemen L. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries (Protocol). *Base de données Cochrane des revues systématiques* 2020, numéro 6. Art. No. : CD013657. DOI: [10.1002/14651858.CD013657](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013657).

Étude de cas n° 6

Resilient path in a pandemic crisis : first online resilient path in a pandemic crisis as Adlerian Toolkit of Psychological Crisis Intervention and Prevention, according to the Adlerian method of Individual Psychology.

Partenaire responsable : IAAP - Institut Alfred Adler de Paris (FR)

Auteurs : Alessandra Zambelli & IAA P TEAM et étudiants CLASSE 1



1. Description de l'événement

a) Structure tripartite de l'IAAP pour les premiers secours et les urgences psychologiques selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle : Formation aux premiers secours et à l'urgence psychologiques

Mise en œuvre d'un module de formation théorique et pratique en ligne (avec supervision et co-vision) dans le contexte de la psychologie d'urgence en général.

Formation par visioconférence sur les thèmes suivants : Enseignement à travers 200 diapositives théoriques ; Initiation aux parcours de résilience ; Initiation aux premiers protocoles de soutien téléphonique ;



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Exercices, jeux de rôles scénarisés et simulations ; Focus clinique sur des cas concrets ; Travail en binôme et supervision. Points forts théoriques : Exigence organisationnelle ; Rayonnement : caractéristiques cliniques ; Spécificités des interlocuteurs et des contextes ; Priorités et spécificités de la prise en charge du personnel secouriste et médical ; Caractéristiques du COVID-19 et du SARS-CoV-2.

b) Voie de la résilience en cas de pandémie, suivie par la PSYCHOLOGIE INDIVIDUELLE

Un manuel d'instructions en ligne, étape par étape, pour aider les personnes en détresse émotionnelle à développer des compétences d'adaptation, en utilisant une méthode intégrative pour fournir aux utilisateurs du parcours la possibilité de se reconnecter avec eux-mêmes, corps et psyché, afin de se reconnecter avec le monde, et avec les autres par la suite.

c) Unité de premiers secours en cas de pandémie

Dans le premier lockdown nous avons travaillé seulement en coordination avec le *Centre Médical Clémenceau*, Noisy-Le-Sec (département 93, voisin de Paris). En 2021, nous avons essayé avec les réseaux sociaux d'atteindre plus de personnes en raison des problèmes psychologiques impliqués et il semble que la violence familiale Covid soit le premier problème. Les bénéficiaires étaient donc : Traumatisme par procuration /victime ; Syndrome d'épuisement professionnel ; Covid ambulatoire ; Parents de personnes malades ou décédées ; Anxiété, stress, Impulsivité et décompensation ; Indifférence apparente entraînant des comportements à risque.

2. Conditions générales

Conditions générales des victimes

Se concentrer sur tous les types de victimes : La communauté et l'individu ne sont pas touchés directement par la crise pandémique, mais aussi par la victime directe si elle n'est pas dans un état d'urgence, donc presque tous les types de victimes.

Cet outil médiatique a été conçu comme une partie d'un programme de formation déjà plus complexe pour le groupe d'étudiants en formation pour devenir des psychanalystes adleriens à l'IAAP.

3. Intervention

Le Pat résilient a été conçu comme un approfondissement de la formation psychanalytique déjà en cours et avait également pour but et rôle de maintenir la cohésion de la classe d'étudiants et de la communauté qui lui est liée dans cette pandémie si nouvelle et tellurique dans sa dimension nocive.

Ce même parcours résilient a été associé à la création d'une cellule de soutien mise à la disposition d'un cabinet médical dans laquelle deux membres de l'IAAP travaillent, dont le Président, pour alléger la charge psychologique que les clients ont apportée pendant la pandémie.

Les étudiants ont créé eux-mêmes le contenu et la forme du parcours résilient, en suivant les indications structurelles et conceptuelles que leurs formateurs avaient créées et soumises.

La structure de la Voie de la résilience suit les principes de la psychologie individuelle, après une introduction, à travers 7 étapes, avec du texte coloré et du matériel médiatique, des images, des liens, des vidéos et un support dynamique :



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Introduction :

Le Chemin Résilient propose à l'utilisateur/patient de suivre, pas à pas, un véritable mode d'emploi pour acquérir, par lui-même, la capacité de faire face aux : CORONAVIRUS (nom de la famille virale), COVID-19 (nom de la maladie) et SARS-CoV-2 (nom du virus).

Apprendre et pratiquer comment atténuer son sentiment d'anxiété en redécouvrant la voie du calme intérieur et de la pensée libérée, en se reconnectant efficacement à soi et aux autres. Entre déni et panique, cherchons à trouver la bonne attitude pour retrouver le chemin du calme intérieur et de la pensée libérée. Le calme se forme dans l'esprit mais commence dans le corps et s'enracine dans la connexion à soi et aux autres (principe holistique alderien).

1) I. Étape immédiate : S'adresser au corps

Apaier l'émotion et stabiliser l'esprit par le biais du corps.

L'aspect corporel est une dimension holistique adlérienne de la personnalité et constitue donc une priorité dans cette approche psychologique, en particulier dans les situations d'urgence. Adler parlait du langage des organes que le psychothérapeute et le médecin devaient être capables de comprendre avant tout et de parler/interagir avec lui.

2) II. L'étape suivante : S'informer pour comprendre et mieux se défendre.

La connaissance comme stabilisateur de l'ego grâce à la diminution de l'insécurité liée à l'ignorance et à l'inconnu.

Cette étape répond au principe psychique adlérien du sentiment d'infériorité qui déstabilise la personnalité et est stimulé par toutes les situations d'insécurité réelle ou perçue. Le partage des connaissances avec un expert est la deuxième étape qui favorise la stabilisation et l'alliance vers une coopération plus probable. Alimentons nos connaissances sur le virus pour développer la confiance. Le virus, son origine, sa propagation, ses moyens d'action, ses vulnérabilités. Quel comportement adopter, quelles précautions prendre, où se documenter ? S'approprier les mesures de protection pour faire face aux risques.

3) III. Une démarche progressive : Nos capacités collectives. Nos connaissances étape par étape :

La connaissance des comportements collectifs mise en œuvre comme stabilisateur de l'ego grâce à la vision concrète de l'appartenance qui prédispose à une alliance avec l'environnement.

Cette étape applique le principe adlérien qui régit le sentiment d'appartenance : il s'oppose profondément et non par compensation au sentiment d'infériorité. S'approprier les mesures collectives pour améliorer la coopération. Comprendons nos capacités d'adaptation individuelles et collectives, comme l'enfermement, les mesures barrières, la distanciation sociale. Connaissions nos droits, nos devoirs, les aides et les moyens mis en place par l'État et les collectivités.

4) IV. L'étape de l'enracinement : Nos compétences. Rassurer sur les compétences collectives et l'organisation en place pour commencer à éveiller le sentiment d'appartenance. S'appuyant sur les capacités d'intervention collective, cette étape est aussi une mise en œuvre du principe adlérien du sentiment d'appartenance : mais dans le sens de recevoir de l'aide plutôt que dans la version précédente de coopérer. Même le choix de la placer après la posture active (étape précédente) est un principe adlérien de stabilisation psychique lié au principe de puissance créatrice.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Comprenons le rôle des services publics de secours et de sécurité à notre disposition : la police, les pompiers, l'armée, la sécurité civile, le personnel hospitalier. Découvrons les services de soutien psychologique et psychiatrique disponibles en cas de confinement.

5) V. Étape de connectivité : Notre résilience. S'appuyer sur notre ingéniosité créative et sociale. C'est l'étape de la créativité, liée au concept de pouvoir créatif adlérien, qui sollicite l'agence et le plaisir, et à travers ceux-ci la base de la résilience adlérienne : un sentiment d'appartenance et de pouvoir créatif. Utiliser nos ressources créatives pour organiser correctement notre " roue de l'esprit sain " (Siegel Daniel, 2015, Mind your Brain), qui doit satisfaire différents domaines de notre personnalité tels que : le sommeil, le mouvement, la concentration, le relationnel, le jeu, l'oisiveté, la réflexion/médiation de l'intériorité (pleine conscience et méditation).
Découvrons pourquoi l'enfermement est difficile, seul ou en cohabitation.
Mettons en place une nouvelle organisation et de nouvelles habitudes.
Déconnectons et cultivons notre espace intérieur.
Fixons un objectif, commençons un projet.

6) VI. Phase de vérification : Notre vigilance. Comment développer la vigilance avec l'information. Cette étape correspond au concept adlérien de l'esprit humain fictif qui a toujours besoin d'un but directif, mais que celui-ci peut être fictif. Cette plasticité psychique est à la base de la résilience symbolique de l'esprit, mais aussi de son aspect hypnotique et pathologique. L'incertitude et la peur sont un terreau fertile pour l'imagination et les fake news. Manipulations, rumeurs, controverses stériles, infobésité, théories du complot... apprenons à prendre le recul nécessaire pour ne pas croire ou relayer tout et n'importe quoi. Il est donc de la responsabilité individuelle et collective de vérifier soigneusement les informations reçues, de ne jamais adopter une attitude passive, surtout à l'ère de l'information numérique.

7) VII. Étape de choix : Mon identité : étape de choix : Se reconnecter à soi-même : la méthode résiliente. Cette dernière étape nous amène à nous connecter à nous-mêmes en reconnaissant avec bienveillance notre unicité. En passant par 4 domaines, faisons le point sur nos **besoins** réels, nos **ressources** personnelles et les **valeurs** qui nous tiennent à cœur pour nous guider dans nos **choix** qui sont les bons parce qu'ils sont les nôtres.
Cette dernière étape est liée aux concepts adleriens de pouvoir créateur de l'individualité pour la révision de son style de vie et sa réorganisation pour dépasser la crise ou le traumatisme et faire face au changement adaptatif. C'est l'étape la plus thérapeutique, où il est indiqué qu'il est peut-être opportun dans certains cas d'être accompagné.

4. Effets

L'évaluation des résultats de l'apprentissage sur les étudiants et de l'effet sur les utilisateurs a été réalisée de manière empirique et directe par le biais de discussions avec les étudiants et les patients qui ont fait appel à la cellule de soutien.

Les effets ont été positifs : 1) pour les étudiants, il s'agissait d'un exercice pratique pour concrétiser des concepts qui étaient restés abstraits* (étant à la fin de leur dernière année d'études et au début de leur stage et de leur dernière année) et qui a donc donné un grand appui à leur travail théorique avec une grande satisfaction.

2) Les patients qui se sont présentés à la cellule de soutien avaient déjà été orientés vers le parcours résilient en attendant le rendez-vous. Tous ont ressenti l'importance du parcours sur leur capacité à se reconnecter à eux-mêmes et à tenter une stabilisation par eux-mêmes. Pour certains, la compréhension et



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

l'exécution n'ont pas été immédiates. Le soutien de la cellule de soutien avec 3 séances gratuites a pu mieux accompagner ceux qui en avaient besoin.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

5. Interdisciplinarité globale

La méthode adlérienne tisse une intégration des trois dimensions de la personnalité selon le paradigme biopsychosocial comme approche holistique**. La méthode adlérienne met l'accent sur l'importance fondamentale de comprendre le lien holistique avec le corps, y compris les réactions somatiques. L'incapacité à entendre ce que dit le corps renseigne le thérapeute sur la personnalité et la pathologie du patient. Le corps est le premier à réagir à la situation de traumatisme. C'est également la première étape de la voie de la résilience. L'écoute empathique commence par le corps du patient et par le corps du thérapeute.

Le mode de vie du patient a un impact sur le présent traumatique avec des souvenirs somatiques mais aussi avec les expériences liées aux sentiments d'infériorité recueillis et le succès du sentiment d'appartenance. Le **style de vie** du patient a un impact sur le présent traumatique avec des souvenirs somatiques mais aussi avec les expériences liées aux **sentiments d'infériorité** collectés et le succès du sentiment d'**appartenance (Gemeinschaftsgefühl)*****. Les compensations et surcompensations de la personnalité des patients se tissent entre ces deux pôles conscient et inconscient, déterminant ressources ou inhibitions, postures adaptatives ou déviantes. Les stades 2 et 3 tentent de stimuler le sentiment d'appartenance et sa sécurité pour calmer le sentiment d'infériorité que développe la situation de crise. Le **Pouvoir Créateur** est stimulé dans la 5ème étape car il est un élément central adlérien de l'équilibre psychique pour réduire les surcompensations et rendre la personne plus en contact avec sa réalité externe et interne, en intégrant plutôt qu'en développant des défenses inconscientes**. Le patient est prêt pour un nouveau contact avec la réalité extérieure plus mature : la vérification et la critique constructive sont l'objectif du 6ème stade. La dernière étape, la septième, amène le patient à comprendre qu'une situation de crise exige un changement radical de sa propre personnalité aussi, mais sans la perdre : c'est l'étape du choix du nouveau style de vie qu'il propose à l'énergie de la **Volonté de Puissance** comme instance interne structurant profondément la personnalité***, pour se revisiter en sondant le sentiment d'infériorité avec plus d'appartenance. La communication est toujours empathique (pas mignonne) car elle se concentre sur l'encouragement de l'autonomie comme écoute de soi pour une véritable autonomie, malgré la dureté de l'épreuve que l'on vit*.

*Ferrero Andrea, *La psychothérapie psychodynamique adlérienne (APP) : Un traitement basé sur la psychopathologie*, Adlerian Society UK & Institute for Individual Psychology Publié, 2018 (2014, l'Harmattan, France ; 2009, Italie, nouvelle édition italienne en cours de publication).

** Zambelli Alessandra, *Adler face à Freud : une différence à sauvegarder*, l'Harmattan, Paris, 2014.

*** Gisela Eife, *Le développement de la théorie de la psychologie individuelle d'Alfred Adler sur la personnalité, la psychopathologie, la psychothérapie*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2019.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Remerciements



Jana Kochanowskiego Université de Kielcach (PL)



Association pour l'EMDR en Italie (IT)



Université de Presov (SK)



Institut Alfred Adler de Paris (FR)



Institut d'analyse de groupe Atene (EL)



Asociace klinických psychologů České republiky (CZ)



Conception graphique :

Ercules