

Bonne pratique 1

Interventions fondées sur le traumatisme : une étude systématique

Partenaire responsable : Université Jan Kochanowski (Pologne)

Auteurs : Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021)

Mots clés : interventions fondées sur le traumatisme

1. Contexte

Les inégalités en matière de santé restent un problème de santé publique. L'adversité chronique, comme la discrimination ou le racisme, en tant que traumatisme, peut perpétuer les inégalités de santé dans les populations marginalisées. De plus en plus d'ouvrages traitent des soins tenant compte des traumatismes et culturellement compétents en tant qu'éléments essentiels de la promotion de l'équité en matière de santé, mais aucun examen préalable n'a porté systématiquement sur les interventions tenant compte des traumatismes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les types, le cadre, la portée et la prestation des interventions tenant compte des traumatismes et les résultats associés.

2. Méthodes

Nous avons effectué des recherches dans les bases de données - PubMed, Embase, CINAHL, SCOPUS et PsycINFO - pour identifier les études quantitatives publiées en anglais avant juin 2019. Trente-deux études uniques avec un article compagnon ont répondu aux critères d'éligibilité.

3. Résultats

Plus de la moitié des 32 études étaient des essais contrôlés randomisés ($n = 19$). Treize études ont été menées aux États-Unis. La maltraitance des enfants, la violence domestique ou les agressions sexuelles étaient les types de traumatismes les plus souvent abordés ($n = 16$). Bien que les interventions aient été largement axées sur la réduction des symptômes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ($n = 23$), de la dépression ($n = 16$) ou de l'anxiété ($n = 10$), les interventions axées sur les traumatismes ont été principalement menées dans un cadre ambulatoire ($n = 20$) par des professionnels de la santé ($n = 21$). Les deux interventions les plus fréquemment utilisées étaient la désensibilisation et le retraitement par mouvements oculaires ($n = 6$) et la thérapie cognitivo-comportementale ($n = 5$). La fidélité de l'intervention a été abordée dans 16 études. Les interventions tenant compte des traumatismes ont réduit de manière significative les symptômes du TSPT dans 11 des 23 études. Quinze études ont constaté des améliorations dans les trois principaux résultats psychologiques, notamment les symptômes du TSPT (11 sur 23), la dépression (9 sur 16) et l'anxiété (5 sur 10). La thérapie cognitivo-comportementale a amélioré de manière cohérente un large éventail de résultats, notamment la dépression, l'anxiété, la dysrégulation émotionnelle, les problèmes interpersonnels et les comportements à risque ($n = 5$).

4. Conclusions

Il n'y a pas de preuves cohérentes pour soutenir les interventions basées sur les traumatismes comme une approche efficace pour les résultats psychologiques. Les futures interventions basées sur les traumatismes devraient avoir une portée plus large afin d'aborder un large éventail de types de traumatismes tels que le racisme et la discrimination. De plus, un plus large éventail de résultats liés aux traumatismes devrait être étudié.

Source : Han H-R, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. (2021), *Trauma informed interventions : A systematic review*. PLoS ONE 16(6) : e0252747. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252747>



**Psychological
Early
Intervention**

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075



**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.



Bonne pratique 2

Le deuil en temps de COVID-19 : Examen et cadre théorique

Partenaire responsable : Université Jan Kochanowski (Pologne)

Auteurs : Stroebe, M., Schut, H.

Mots-clés : deuil, chagrin, santé, COVID-19, pandémie, revue, théorie, modèle à double processus

1. Description de l'étude

Une revue de la littérature sur l'adaptation au deuil pendant la pandémie de COVID-19 a été réalisée pour évaluer l'état actuel des connaissances. Des recherches ont été effectuées dans les bases de données Scopus, Web of Science et Google Scholar pour trouver des études publiées au cours des 6 premiers mois de l'épidémie de COVID-19. 44 articles ont été inclus dans l'examen. La synthèse narrative a montré que les connaissances étaient en grande partie fondées sur des évaluations d'experts des recherches antérieures sur le deuil et sur l'expérience professionnelle ; il n'existe jusqu'à présent aucune preuve empirique reliant les caractéristiques des situations de deuil liées au COVID-19 aux résultats en matière de santé. Des conséquences négatives graves ont été systématiquement prédites par les auteurs. Les processus positifs ou compensatoires ou la possibilité qu'ils puissent atténuer l'effet des circonstances choquantes et traumatisantes sont encore relativement peu pris en compte. À deux exceptions près, le rôle des modèles théoriques pour guider la recherche et la pratique n'a pas été suffisamment pris en compte.

2. Modèles d'intervention

Le DPM (pour la description des principaux paramètres : Stroebe & Schut, 1999, 2001, 2010 ; voir la figure 1 ci-dessous) a été conçu pour représenter l'expérience du deuil d'une manière qui s'appuie sur des modèles antérieurs tout en les élargissant. Ses paramètres de base comprennent des descriptions des types de facteurs de stress associés au deuil, compris comme étant orientés vers la perte (LO) ou vers la restauration (RO). L'orientation vers la perte fait référence à la concentration sur les aspects stressants de l'expérience de perte elle-même, à leur traitement et à leur traitement, plus particulièrement en ce qui concerne la personne décédée (par exemple, se rendre sur la tombe pour être près de la personne décédée ; regarder des photos d'elle). L'orientation vers la restauration fait référence à des sources secondaires (à la perte elle-même) de stress ou de gestion du stress. L'OR se concentre sur ce qui doit être réglé à la suite de la perte et sur la façon dont ces questions sont traitées (par exemple, prendre un emploi pour compenser la perte de revenu de la personne décédée ; apprendre des compétences qui avaient été faites par la personne décédée). En outre, les processus d'adaptation (manières de faire face aux facteurs de stress) ont été postulés, impliquant une oscillation dynamique. Il s'agit d'un processus rendu obligatoire par le fait qu'il y a à la fois des facteurs de stress de type LO et RO à gérer, ce qui ne peut être fait simultanément. Puisqu'il faut faire face à chaque type pour s'adapter à la perte, réduire le stress et les conséquences négatives, l'alternance entre le traitement de l'un ou l'autre type de stresser doit faire partie du processus d'adaptation. Le DPM couvre la description des résultats, les conséquences de l'adaptation (par exemple, l'adaptation à la perte, les effets sur la santé mentale et physique, la persistance ou le déclin des niveaux de deuil au fil du temps).

3. Effets et recommandations

Le DPM conduit à des suggestions de conseil ou de thérapie différentes de celles proposées dans les articles examinés ci-dessus. Les protocoles d'intervention ont souvent suivi les principes de la TCC, en se concentrant sur l'acceptation de la mort de la personne proche. En tant que tels, ils sont orientés vers la perte. Après tout ce qui a été dit ci-dessus, on pourrait en déduire que les tâches orientées vers la restauration devraient également être abordées. Ce raisonnement est soutenu. Certaines études récentes ont adopté le cadre du DPM et ont inclus le traitement des facteurs de stress des OR (pour une revue : Fiore, 2019). Shear et al. (2005) et Chow et al. (2019) ont démontré que l'inclusion de tâches visant à faire face aux stresser de l'OR était associée à une amélioration plus importante que lorsque l'intervention se concentrait uniquement sur l'OR ; Nam (2017) a montré que l'intervention sur l'OR était plus efficace que la

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

psychoéducation. Ces études suggèrent que la gestion des stressors de l'OR est importante pour aider les personnes endeuillées qui ont besoin d'une aide professionnelle. Dans la situation de deuil COVID-19, après avoir identifié les stressors spécifiques et gênants de l'OL et de l'OR vécus par le client, une intervention pourrait être conçue pour les gérer systématiquement. Les protocoles déjà développés par Shear et al. (2005), Chow et al. (2019) et Nam (2017) donnent des informations utiles pour concevoir des programmes d'intervention basés sur le DPM.

Source : Stroebe, M., Schut, H. (2021). Le deuil en période de COVID-19 : A Review and Theoretical Framework. *Journal of Death and Dying*, 82(3), 500-522. Directives relatives aux résumés d'articles : [sagepub.com/journals-permissions](https://www.sagepub.com/journals-permissions)
DOI : 10.1177/0030222820966928

Bonne pratique 3

Symptômes de stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé confrontés à la pandémie de COVID-19 : une revue systématique

Partenaire responsable : Université Jan Kochanowski (Pologne)

Auteurs : d'Ettorre, G. ; Ceccarelli, G. ; Santinelli, L. ; Vassalini, P. ; Innocenti, G.P. ; Alessandri, F. ; Koukopoulos, A.E. ; Russo, A. ; d'Ettorre, G. ; Tarsitani, L.

Mots-clés : Prévention, PTSS, travailleurs de la santé, Covid 19

1. Introduction

La prévention des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) chez les travailleurs de la santé (TS) confrontés à la pandémie actuelle de COVID-19 est un défi mondial car les TS sont susceptibles de subir des facteurs de stress professionnel aigus et chroniques, souvent imprévisibles, conduisant à des SSPT. Cette revue a pour but d'analyser la littérature afin de découvrir quels sujets ont été abordés et quels sont les derniers développements en matière de gestion du risque professionnel de stress post-traumatique chez les travailleurs de santé pendant la pandémie actuelle. Pour les besoins de cette étude, nous avons recherché des publications dans MEDLINE/Pubmed en utilisant des mots-clés sélectionnés. Les articles ont été examinés et classés dans une ou plusieurs des catégories suivantes en fonction de leur sujet : évaluation des risques, gestion des risques, taux d'occurrence. Un total de 16 publications correspondait à nos critères d'inclusion. Les sujets abordés étaient : "Évaluation des risques", "Taux d'occurrence" et "Gestion des risques". Le jeune âge, la faible expérience professionnelle, le sexe féminin, la lourdeur de la charge de travail, le travail dans des environnements dangereux, le manque de formation et de soutien social sont des facteurs prédictifs du SSPT.

2. Survenance du SSPT

Les 14 articles sélectionnés analysant l'occurrence du SSPT chez les travailleurs de la santé confrontés à la pandémie de COVID-19 ont montré une fourchette allant de 2,1% à 73,4%. Cette large fourchette est attribuable (1) aux différentes dates des études et (2) aux établissements de santé étudiés. En particulier, Song et al, dans une étude menée du 28 février 2020 au 18 mars 2020, lorsque l'épidémie en Chine avait été contrôlée et que la pression de travail des travailleurs de santé était considérablement réduite par rapport à la période de pic de l'épidémie, ont trouvé des taux de prévalence du SSPT plus faibles (9,1 %) par rapport aux études menées pendant la période de pic du COVID-19 en Chine. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Rossi et al. réalisée en Italie entre le 27 et le 31 mars, au plus fort de l'épidémie, a montré que les travailleurs de santé étaient plus souvent touchés par le stress post-traumatique que les études réalisées ultérieurement, lorsque la pandémie était maîtrisée. En ce qui concerne les établissements de santé, des taux plus élevés de stress post-traumatique ont été constatés dans les établissements hospitaliers (jusqu'à 70 %), en particulier chez les travailleurs sociaux s'occupant de patients atteints de la maladie COVID-19 ou employés dans les services d'urgence des hôpitaux.

3. Effets et recommandations

Les résultats de la présente revue montrent la nécessité d'interventions urgentes visant à protéger les travailleurs de santé de l'impact psychologique des événements traumatiques liés à la pandémie et conduisant au SSPT. Un ensemble de preuves a été trouvé sur les facteurs prédictifs suivants d'un risque accru de souffrir du SSPT : jeune âge, sexe féminin, non diplômé, lourde charge de travail, faible formation médicale, absence de partenaire et faible soutien social. Par conséquent, les organisations de soins de santé devraient se concentrer sur les ressources de soutien disponibles pour les travailleurs de la santé afin de prévenir les graves troubles psychologiques liés au stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé confrontés à l'épidémie de COVID-19. En fait, le SSPT implique une anxiété chronique grave accompagnée d'une ré-expérience de l'événement traumatique, de flashbacks, de cauchemars, d'une augmentation de

l'excitation et d'une réduction de la vie sociale, et peut conduire à un SSPT. Comme les personnes souffrant de TSPT sont plus exposées aux idées suicidaires, aux tentatives de suicide et à la mort par suicide dans des proportions énormes (2-5 fois), la prévention du TSPT est une préoccupation particulière pour les professionnels de la santé, étant donné qu'ils exercent déjà des professions à risque accru et que les personnes souffrant de TSPT ont tendance à ne pas chercher à se faire soigner en raison d'obstacles tels que le manque d'information, la peur de la stigmatisation ou la croyance que les symptômes peuvent diminuer avec le temps. À l'heure actuelle, un effort particulier est nécessaire pour prévenir le SSPT en tant qu'effet secondaire de la pandémie de SRAS-Cov2 chez les travailleurs de santé confrontés aux patients atteints de COVID-19. Par conséquent, les politiques de soins de santé doivent prendre en compte les stratégies de prévention et de gestion du SSPT et des séquelles psychiques associées, dès que possible, y compris les politiques visant à mettre en œuvre un dépistage régulier du SSPT chez les travailleurs sociaux. Il est également nécessaire d'intervenir d'urgence pour identifier et traiter les travailleurs de santé souffrant de SSPT, car une telle approche peut réduire le risque de déficience psychologique chronique.

Source : d'Ettorre, G. ; Ceccarelli, G. ; Santinelli, L. ; Vassalini, P. ; Innocenti, G.P. ; Alessandri, F. ; Koukopoulos, A.E. ; Russo, A. ; d'Ettorre, G. ; Tarsitani, L. (2021). Symptômes de stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé faisant face à la pandémie de COVID-19 : A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 601. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020601>

Bonne pratique 4

Un cadre existentiel intégré pour la théorie du traumatisme

Partenaire responsable : Université Jan Kochanowski (Pologne)

Auteurs : Kaitlin Wilmschurst

Mots clés : traumatisme, existentiel, PTSD, théorique, intégration, cadre.

1. Introduction

Cet article présente un cadre existentiel intégré pour la théorie du traumatisme. Ce cadre est basé sur le regroupement des théories actuelles du traumatisme en catégories physique, relationnelle et intrapersonnelle, et sur la relation de ces trois groupes avec les préoccupations existentielles ultimes d'Irvine Yalom : vie/mort, connexion/isolement et liberté/responsabilité.

2. Approche existentielle et traumatisme

Des recherches récentes ont révélé une interaction entre les aspects physiologiques et psychosociaux des expériences traumatiques, ce qui suggère qu'une intégration théorique incluant la prise en compte des changements physiologiques, du conditionnement à la peur et des impacts relationnels est nécessaire pour aborder pleinement les impacts du traumatisme. La quatrième préoccupation existentielle, le sens et l'absence de sens, est censée sous-tendre tous les aspects du traumatisme, formant un lien commun entre toutes les théories. Cet article entreprend un bref examen des théories actuelles en traumatologie pour illustrer la validité des trois groupes théoriques, explore l'application actuelle de la théorie existentielle à la conceptualisation du traumatisme, et présente un cadre organisationnel unificateur pour la théorie du traumatisme basé sur l'existentialisme. L'étude qui en résulte est un cadre complet qui aborde les aspects physiques, relationnels et intrapersonnels du traumatisme, étayé par une perspective existentielle.

3. Recommandation

L'existentialisme apporte un complément important aux théories du traumatisme plus couramment appliquées, car il reconnaît les impacts intangibles du traumatisme sur le sens, la mortalité et l'identité. L'objectif de ce cadre est de fournir une structure au nombre écrasant de théories du traumatisme et de modalités de traitement, tout en permettant aux travailleurs sociaux d'intégrer des théories et des modalités familières dans une pratique existentielle. Le cadre pose certains défis à la pratique et à la recherche - en particulier, comment rester respectueux de la riche histoire philosophique de la théorie existentielle tout en l'utilisant et en l'étudiant dans un environnement positiviste. Cependant, s'il est utilisé efficacement, le cadre peut aborder la profondeur des impacts du traumatisme et contenir l'étendue des théories utilisées par les travailleurs sociaux pour conceptualiser et traiter le traumatisme, ce qui se traduit par une pratique professionnelle éclectique bien structurée.

Wilmschurst, K. (2020). Un cadre existentiel intégré pour la théorie du traumatisme. Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social, 37(2), 131-147. <https://doi.org/10.7202/1075115ar>

Bonne pratique 5

Questions existentielles sur le traumatisme : Implications pour l'évaluation et le traitement

Partenaire responsable : *Université Jan Kochanowski (Pologne)*

Auteurs : *Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos*

Mots clés : *traumatisme, bouleversement existentiel*

1. Introduction

Le traumatisme, de par sa nature, est existentiel en raison de son impact sur la manière dont l'individu fait l'expérience du monde, sur sa compréhension de lui-même et sur son sens de la place dans le monde. Malgré la prolifération récente de la littérature sur le traumatisme, il reste courant que le traumatisme soit trop simplifié dans sa conception et son traitement. En particulier, une grande partie du traitement se concentre sur la catégorisation du traumatisme dans les diagnostics de trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou de trouble de l'adaptation, puis sur le traitement des symptômes par des médicaments et/ou une conception comportementale des symptômes. Il est essentiel de passer à une compréhension plus nuancée du traumatisme. Le traumatisme se décline en de nombreux genres et à différents degrés de gravité. Il est d'autant plus complexe qu'il aura des répercussions différentes selon le développement, la résilience et le soutien interpersonnel d'une personne, entre autres facteurs.

2. Questions existentielles dans le traitement du traumatisme

Dans cet article, nous nous concentrons sur le rôle de diverses questions existentielles dans la conceptualisation et le traitement des traumatismes, particulièrement en ce qui concerne la conception de Greening de "l'éclatement existentiel". Il est important pour la conceptualisation et le traitement de savoir si un individu exposé à des événements traumatiques subit ou non un bouleversement existentiel. Les réactions traumatiques qui incluent un bouleversement existentiel sont susceptibles d'être résistantes ou insuffisamment traitées par des traitements axés sur les symptômes qui n'abordent pas les implications de la déconstruction ou du bouleversement de la vision du monde d'une personne, qui est une source importante de maintien du sens et de la résilience. Bien que la plupart des personnes ayant subi un traumatisme puissent bénéficier de la prise en compte des questions existentielles, pour certaines d'entre elles, dont la vision du monde et les systèmes de signification ont été brisés, il s'agit d'une partie essentielle du processus de guérison.

3. Recommandation

L'éclatement existentiel est un concept important dans le traitement du traumatisme qui a des implications durant les phases d'évaluation et de traitement de la psychothérapie. L'attention portée à ce concept peut aider à distinguer différents types de réactions au traumatisme qui ont des implications importantes pour le traitement. La thérapie existentielle et les autres thérapies fondées sur des perspectives existentielles conviennent parfaitement au travail avec des clients qui ont été confrontés à un traumatisme et, en particulier, à l'éclatement existentiel.

Source :

Louis Hoffman, Heatherlyn P. Cleare Hoffman, Lisa Vallejos, (2013). Questions existentielles dans le traumatisme : implications pour l'évaluation et le traitement.

Symposium : " Développer la résilience : Compassion Fatigue and Regeneration " (I. Serlin, président), 121e convention annuelle de l'American Psychological Association, juillet/août 2013, Honolulu, HI.

Bonne pratique 6

Sessions de formation

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (République Tchèque)

Auteurs : Khalida Yasmin, Adnan Yaqoob, Hajra Sarwer

Mots clés : Comportement cognitif, interventions, Burnout, Résilience, Infirmières.

1. Description de l'événement

Dans le domaine de la santé, le service des urgences est une unité extrêmement risquée où l'atmosphère devient fréquemment imprévisible. Dans cet environnement, le personnel infirmier des urgences subit la plupart du temps un stress persistant qui a un effet sur le bien-être mental et conduit à l'épuisement. Dans les services de soins intensifs, les infirmières sont potentiellement affectées par l'anxiété due à un environnement et à une charge de travail stressants, ce qui est le principal facteur de résultats négatifs et d'épuisement professionnel. L'intervention basée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'une des interventions efficaces pour diminuer l'épuisement professionnel auto-déclaré, ainsi que pour augmenter la résilience.

2. Conditions générales du groupe et mesures

Une technique d'échantillonnage commode a été utilisée pour recueillir les données et informations sociodémographiques au cours d'un entretien en face à face avec 50 infirmières en activité. Les données ont été recueillies au départ et après l'intervention.

La mesure était :

- Syndrome d'épuisement professionnel et résilience

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Les interventions ont eu lieu le matin dans l'auditorium de l'établissement de recherche sélectionné. Il a été rappelé aux participants de ne pas assister à d'autres sessions de formation concernant leur spécialité afin d'éviter l'interférence de facteurs de confusion. Les sessions de huit semaines comprenaient une conférence PowerPoint en face à face, une démonstration audiovisuelle et un modèle de rôle. La conférence et la démonstration audiovisuelle étaient constituées de composantes des techniques de TCC visant à réduire le burnout. Après l'achèvement de la session éducative basée sur la TCC et la démonstration audio-visuelle, les conférences, les devoirs à la maison et également la modélisation des rôles, les participants ont appris à réduire le burnout et à améliorer leurs compétences personnelles. Après huit semaines de sessions éducatives basées sur la TCC, les participants ont été réévalués afin de déterminer l'effet de la TCC sur le burnout et la résilience.

4. Effets

Cette étude montre que le score des variables d'épuisement professionnel après la thérapie cognitivo-comportementale avec une valeur p de <0,05 montrant une différence significative. Il y avait une différence significative globale (p-value <0,05) dans les paramètres de résilience avant et après les interventions.

Référence : Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effet d'une intervention basée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sur la résilience et l'épuisement professionnel chez les infirmières travaillant dans les services de soins intensifs. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295.



Bonne pratique 7

Approche axée sur la normalisation des émotions, la psychoéducation et les techniques respiratoires (deux études de cas)

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (République Tchèque)

Auteurs : Markéta Zajícová, Peter Reiley, Luděk Fiala, Jan Vevera

Mots clés : anxiété, COVID-19, respiration diaphragmatique, intervention psychologique, respiratoire

1. Description de l'événement

Les patients souffrant des effets de la pneumonie COVID-19 ressentent souvent une dyspnée, ou un essoufflement, ce qui a augmenté la prévalence de l'anxiété respiratoire parmi ces cas. Les symptômes de la maladie pulmonaire et de l'anxiété se chevauchent, et les effets de ces éléments s'exacerbent mutuellement.

2. Conditions générales du groupe et mesures

S'appuyant sur le traitement psychologique clinique de 68 patients COVID-19 en phase aiguë de la maladie dans des unités de soins standard et intensifs, ainsi que de ceux en phase post-COVID, cette étude décrit des interventions ciblées appliquées au cours de 178 sessions pendant 3,5 mois à l'hôpital universitaire de Pilsen, en République tchèque.

Le groupe de patients était très hétérogène en ce qui concerne le sexe, l'âge, la gravité de l'insuffisance respiratoire, la sévérité de l'assistance ventilatoire, et le nombre de séances qui variait de 1 à 12, chaque séance durait entre 10 et 60 minutes en fonction de l'état de santé et de la motivation du patient.

Une similitude notable a été constatée chez les patients, en particulier chez ceux dont l'insuffisance respiratoire était la plus grave. Ces patients étaient généralement qualifiés d'anxieux, de craintifs, de non-motivés par la rééducation, voire même d'évitant activement toute activité physique. La peur d'être essoufflé ou de suffoquer, l'anxiété et les composantes respiratoires de l'anxiété étaient présentes chez ces patients.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'approche psychothérapeutique était basée sur le soutien et la non-direction, et une méthodologie intégrative était appliquée. La thérapie cognitivo-comportementale et les techniques de respiration constituaient l'essentiel du traitement. Le psychologue clinique qui a dispensé le traitement avait également une expérience de la thérapie par le logo et de l'analyse existentielle, et était certifié en coaching (programmation neurolinguistique), en intervention de crise et en premiers secours psychologiques.

1. L'intervention a commencé par un soutien à l'acceptation et à l'abréaction des émotions liées à la dyspnée et au manque de souffle (par exemple, reconnaître la peur associée à l'incapacité de respirer correctement, les défis associés au sevrage de la ventilation artificielle et accepter les peurs et l'anxiété actuelles comme des émotions normales au cours d'une hospitalisation longue, difficile et potentiellement mortelle).
2. La deuxième partie de l'intervention psychologique a consisté à éduquer le patient sur l'anxiété et ses effets physiologiques et psychologiques. Le patient a décrit ses symptômes au thérapeute et ils en ont discuté ensemble, en se concentrant non seulement sur l'acceptation de l'anxiété comme une partie normale de sa vie maintenant, mais aussi comme un signe de ses progrès alors qu'il travaille sur un défi difficile et stressant.
3. La troisième partie principale de l'approche employait une technique de respiration diaphragmatique (DB), dont il a été démontré qu'elle réduisait le stress physiologique et psychologique et l'anxiété (par exemple, Chen et al., 2017 ; Hopper et al., 2019 ; Ma et al., 2017). Selon cette approche, le patient plaçait une main sur sa poitrine, l'autre main sur son abdomen (le long de son diaphragme) et prenait des inspirations profondes et longues pendant quatre secondes maximum. Le patient retenait ensuite sa respiration pendant environ

quatre secondes, et enfin, il expirait lentement pendant quatre autres secondes. L'expiration doit être aussi longue et profonde que l'inspiration.

Les procédures d'intervention psychologique employées dans l'étude actuelle peuvent être divisées en trois étapes de base.

1. La première était l'encouragement à l'abréaction des émotions, puis la normalisation et la validation de ces émotions dans le but d'aider les patients à accepter leurs peurs et leur émotivité négative comme une réaction normale à une situation anormale.
2. La deuxième étape consistait en une psycho-éducation sur l'anxiété et sa composante comportementale, cognitive, émotionnelle et, surtout, physiologique liée à l'anxiété respiratoire, ainsi que sur leurs interactions ou leur potentialisation mutuelle. La troisième étape de base comprenait des techniques de respiration DB (respiration diaphragmatique), notamment des inspirations longues et lentes et des expirations encore plus longues et lentes.

4. Effets

Les deux patients ont montré une amélioration et sont sortis de l'hôpital sans dépendance à long terme à l'oxygénothérapie à haute dose. Ils ont tous deux fait état d'une diminution des symptômes d'anxiété, ainsi que de la capacité à surmonter une expérience subjective d'essoufflement. Dans les deux cas présentés, la prise en charge psychologique a été très courte : 3 et 4 séances, d'une durée totale d'environ 2 heures par patient. Le temps spécifique nécessaire pour chaque étape (ventilation des émotions, psychoéducation et DB) dépend des besoins actuels du patient et ne peut être prédit ou mesuré en raison des facteurs cliniques et du chevauchement des étapes.

Référence : Zajícová, M., Reiley, P., Fiala, L., & Vevera, J. (2022). Gestion psychologique de l'anxiété respiratoire COVID-19 : Approche de normalisation centrée sur les émotions, de psychoéducation et de techniques respiratoires. *Pratique*, 16(3).



Bonne pratique 8

Autocontrôle

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (République Tchèque)

Auteurs : Kathy Benhamou & Alexandra Piedra

Mots-clés : Interventions cognitivo-comportementales - CBT - Intervention de crise - Pandémie - COVID-19 - Frontline

1. Description de l'événement

Pendant la pandémie de COVID-19, les travailleurs essentiels sont confrontés à des niveaux élevés d'anxiété et de dépression en raison des exigences accrues du travail, du manque d'équipement de protection individuelle adéquat, de la peur de contracter le virus et de la crainte de le transmettre à ses proches. Il est urgent de soutenir la santé mentale des travailleurs touchés par la crise de la pandémie. Les cliniciens peuvent recourir à des interventions empiriquement soutenues, dérivées de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

2. Conditions générales du groupe et mesures

Il est recommandé aux cliniciens d'aider les clients travailleurs essentiels à répondre à leurs besoins fondamentaux en modifiant leurs habitudes de santé et de sommeil lorsque cela est possible et en les aidant à défendre leurs besoins à l'aide de compétences en efficacité interpersonnelle. L'écoute empathique, la validation de la crise en cours et la clarification des valeurs peuvent favoriser la relation thérapeutique, aider les clients à retrouver un sens à leur carrière et à leur famille, et faciliter un changement de comportement conforme aux valeurs choisies. L'autocontrôle par le biais d'un journal quotidien peut aider les clients à concentrer leurs pensées et à reconnaître les schémas inadaptés dans leurs pensées et leurs comportements. Parallèlement à ces techniques, l'activation comportementale et les stratégies d'adaptation, notamment la relaxation, la tolérance à la détresse et l'acceptation, favorisent la participation à des activités positives et adaptées. Enfin, les thérapeutes peuvent aider les clients à réduire l'anxiété liée à la pandémie en les aidant à limiter la prise d'informations.

Compte tenu de l'augmentation du risque d'anxiété, d'inquiétude, de dépression et d'épuisement, il est recommandé que les thérapeutes aident leurs clients à surveiller leurs propres pensées, émotions et comportements, ainsi que les effets que ces facteurs ont les uns sur les autres.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'auto-contrôle peut prendre plusieurs formes selon les besoins du client et les objectifs du thérapeute. Plus traditionnellement, l'autosurveillance exige des clients qu'ils notent leurs pensées, leurs émotions et les comportements qui en résultent tout au long de la semaine sur une feuille de papier ou une fiche de travail lorsqu'ils ressentent une émotion intense (Huppert 2009). Cependant, cela peut être fastidieux pour les travailleurs essentiels qui sont épuisés et incapables de remplir des formulaires détaillés de cette nature. Les thérapeutes peuvent demander à leurs clients de tenir un journal quotidien plus fluide où ils peuvent noter les bons et les mauvais événements de la journée. Ce document peut servir de mesure objective de la façon dont le client passe son temps libre et de l'impact de celui-ci sur son humeur. Il peut également aider le thérapeute et le client à rechercher ensemble les schémas qui peuvent empêcher l'engagement dans des activités agréables, afin de les aborder et de les modifier.

4. Effets

Le soutien préliminaire aux interventions de TCC pour l'intervention en cas de crise suggère que les compétences de base de la TCC peuvent être efficaces pour traiter l'anxiété et la dépression qui peuvent résulter d'une crise sanitaire lorsqu'elles sont associées aux principes de l'AFP.

Référence : Benhamou, K., & Piedra, A. (2020). Interventions informées par la TCC pour les travailleurs essentiels pendant la pandémie de COVID-19. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50(4), 275-283.



Bonne pratique 9

Exposition et restructuration cognitive

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (République Tchèque)

Auteurs : Richard A. Bryant, Ph.D., Tanya Sackville, M.Psych., Suzanne T. Dang, M.Psych., Michelle Moulds, M.Psych., et Rachel Guthrie, M.Psych.

Mots-clés : SSPT, thérapie cognitivo-comportementale, prévention, exposition

1. Description de l'événement

L'état de stress aigu permet une identification précoce des survivants de traumatismes qui risquent de développer un état de stress post-traumatique (ESPT) chronique. Cette étude visait à prévenir le TSPT par la mise en place précoce d'une thérapie cognitivo-comportementale. Plus précisément, cette étude a indexé l'efficacité relative de l'exposition prolongée et de la gestion de l'anxiété dans le traitement du trouble de stress aigu.

2. Conditions générales du groupe et mesures

Quarante-cinq civils ayant survécu à un traumatisme et souffrant d'un trouble de stress aigu ont bénéficié de cinq séances 1) d'exposition prolongée (N=14), 2) d'une combinaison d'exposition prolongée et de gestion de l'anxiété (N=15), ou 3) de conseil de soutien (N=16) dans les deux semaines suivant leur traumatisme. Quarante et un survivants de traumatismes ont été évalués lors du suivi à 6 mois.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Chaque groupe a bénéficié de cinq séances d'une heure et demie administrées individuellement et dirigées par l'un des quatre psychologues cliniques. Les séances ont eu lieu une fois par semaine.

La première séance comprenait un enseignement sur les réactions aux traumatismes, un réentraînement à la respiration, une formation à la relaxation musculaire progressive et l'apprentissage d'exercices d'autodiagnostic pour gérer les situations anxiogènes. Après la première séance, les patients ont exécuté chacune de ces techniques quotidiennement comme devoir à la maison, et les progrès des patients ont été suivis à chaque séance.

La deuxième session portait sur la justification de l'exposition et le début de l'exposition imaginaire prolongée aux souvenirs traumatiques. Cinquante minutes de chacune des quatre dernières séances étaient consacrées à faire revivre aux patients leurs traumatismes en concentrant leur attention sur leurs souvenirs et en s'engageant dans leurs réponses affectives. Ces récits n'ont pas été enregistrés sur bande sonore, mais les patients ont reçu l'instruction d'effectuer cette exposition de la même manière qu'en thérapie, comme devoir quotidien. Après chaque séance d'exposition, une restructuration cognitive des croyances liées à la peur identifiées pendant l'exposition était menée. La restructuration cognitive consistait à apprendre aux patients à identifier les croyances irrationnelles liées à la menace et à améliorer la pensée réaliste en évaluant les pensées par rapport aux preuves disponibles.

Les sessions 4 et 5 comprenaient également une exposition in vivo et des exercices de prévention des rechutes. (Description du long protocole qui inclut la technique VBT - exposition).

4. Effets

Les résultats de cette étude suggèrent que le TSPT peut être efficacement prévenu par la mise en place précoce d'une thérapie cognitivo-comportementale et que l'exposition prolongée peut être le composant le plus critique dans le traitement du trouble de stress aigu.

Référence : Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder : an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075



Bonne pratique 10

Intervention de structuration de la mémoire

Partenaire responsable : Association des Psychologues Cliniques (République Tchèque)

Auteurs : Yori Gidron, Reuven Gal, Sara Freedman, Ari Arye Lauden, Irit Twiser, Yoram Snir, & Jonathan Benjamin.

Mots clés : SSPT ; prévention ; traitement de la mémoire ; essai contrôlé randomisé.

1. Description de l'événement

Sur la base d'études thérapeutiques révélant des facteurs de pronostic positifs et de résultats de recherche révélant comment le traumatisme est traité, l'intervention de structuration de la mémoire (MSI) est développée pour tenter de prévenir le trouble de stress post-traumatique (TSPT). La MSI tente de faire passer le traitement de la mémoire traumatique des processus somatosensoriels et affectifs incontrôlables à des processus linguistiques et cognitifs plus contrôlés en fournissant aux patients une organisation, un étiquetage et une causalité.

2. Conditions générales du groupe et mesures

Dix-sept patients (8 femmes, 9 hommes) admis consécutivement aux urgences de Be'er Sheeba, dans le sud d'Israël, ont participé à cette étude. Les patients répondaient aux critères d'inclusion suivants : (1) avoir survécu à un accident de véhicule à moteur (AVM) dans les dernières 24 heures ; (2) ne pas avoir subi de lésions cérébrales ; (3) être sortis de l'hôpital dans les 24 heures suivant l'admission, indiquant une blessure mineure seulement ; et (4) avoir une fréquence cardiaque ≥ 95 BPM lors de l'admission aux urgences (un prédicteur du PTSD ; Shalev et al., 1998).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Les interventions ont été menées par téléphone pour des raisons logistiques. Le MSI a été mené comme suit.

1. Sections temporelles : Le thérapeute aborde le survivant du traumatisme avec un ensemble a priori de sections temporelles dans son esprit (par exemple, dans le cas d'un AVP : les heures précédant l'accident ; les premières minutes de conduite ; l'accident ; l'arrivée de l'assistance médicale ; l'arrivée à l'hôpital).
2. Écouter et clarifier les détails du patient. Le thérapeute écoute activement et note les détails de l'histoire du patient, tout en clarifiant les détails factuels, sensoriels et affectifs (par exemple, Patient : " J'ai crié après être tombé " ; thérapeute : " Avez-vous crié à cause de la douleur à ce moment-là ? " ; Patient : Patient : " J'ai crié parce que mon dos me faisait mal "). Les détails sont notés par le thérapeute dans les sections temporelles correspondantes, avec des étiquettes précises pour les pensées et les sentiments, afin d'améliorer la structure et le traitement cognitif des réactions sensorielles/affectives.
3. Structuration de la mémoire : Le thérapeute répète le récit du traumatisme d'une manière organisée, étiquetée et logique, en ajoutant les implications initiales pour la vie du patient (insight).
4. Description structurée du patient : Le patient décrit l'événement traumatique de la même manière structurée, étiquetée et logique que le thérapeute. À ce stade, le patient ajoute généralement d'autres détails, décrit l'événement d'une manière plus objective, "journalistique", et semble moins excité.
5. Pratique de la description structurée : Jusqu'à la session suivante, il est demandé au patient de s'entraîner à raconter à des amis ou à des membres de sa famille la version structurée de l'événement traumatique, afin de renforcer la tentative de changement de mémoire.
6. Répétition avec le thérapeute : Lors de la deuxième rencontre, les patients se sont exercés pour la dernière fois à divulguer le souvenir traumatique de manière structurée. Enfin, le patient a été informé de l'importance du soutien social et interrogé à ce sujet (un facteur prédictif de l'ESPT retardé dans les cas d'AVM).

4. Effets

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Lors du suivi de 3 à 4 mois, 5 des 17 patients (29 %) répondaient aux critères du DSM-IV pour le TSPT en utilisant le seuil de Foa et al. Quatre d'entre eux étaient des témoins et un était dans la condition MSI. Lors du suivi, les patients MSI ont rapporté des symptômes totaux de PTSD significativement moins fréquents, des symptômes d'intrusion moins fréquents et des symptômes d'excitation moins fréquents.

Les différences entre les conditions dans les symptômes totaux du PTSD sont restées significatives après avoir contrôlé séparément le traitement psychologique antérieur, la dissociation péritraumatique et l'intrusion précoce.

Référence : Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y., & Benjamin, J. (2001). Traduire les résultats de la recherche en prévention du SSPT : Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress : Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 14(4), 773-780.

Bonne pratique 11

Supervision de la formation à l'intervention psychopédagogique et à la prévention contre l'intimidation et la cyberintimidation. selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle

Partenaire responsable : Institut Alfred Adler de Paris (France)

Auteur : Christelle Schläpfer

Mots-clés : Formation de groupe, Urgences humanitaires sanitaires, Urgences humanitaires sociales, Victimes, Bullying, Cyberbullying, Méthode Adlerienne d'Urgence Scolaire

1. Description de l'événement de formation à la supervision

a) Réglage

La supervision de groupe en ligne (environ 10/20 formés) fait partie du programme de formation en ligne via ZOOM en 2 jours, et elle est organisée sur 3 heures pour 2 fois comme supervision de groupe pour des discussions de cas après les 2 premiers jours de formation, pendant des mois, et la possibilité d'organiser des supervisions supplémentaires payées. Veuillez aller à l'étude de cas relative 2 VET (Section IAAP, Christelle Schläpfer)

b) Impliqué

Cette formation s'adresse exclusivement aux professionnels des domaines psychologique et pédagogique : psychologues, conseillers psychosociaux, conseillers familiaux, accompagnateurs d'enfants et de jeunes, enseignants et travailleurs sociaux scolaires, animateurs de la parentalité.

c) Analyse des besoins de formation

Les stagiaires ont besoin d'être accompagnés dans l'analyse de la Nouvelle Situation Opérationnelle car chacune est très différente d'un contexte à l'autre. Par exemple, si la cyberintimidation nécessite l'intervention immédiate de la Police, il faudra ajouter le travail avec la classe.

Mais chaque cas est différent, et chaque classe-constellation et chaque école sont comme des individus : elles ont leurs propres caractéristiques et dynamiques. Pour cette raison, un suivi de supervision est nécessaire comme pour toute intervention thérapeutique et/ou psychoéducative systémique. Cette formation comprend donc également 2x 3h de supervision de groupe pour les discussions de cas. Les stagiaires bénéficient d'un accès illimité à la plateforme de cours en ligne avec des informations et du matériel régulièrement mis à jour et des modèles prêts à l'emploi.

d) Durée

Les supervisions sont incluses dans le programme de formation : 2x 3 heures de supervision en groupe pour les discussions de cas.

e) Suivi

Plusieurs fois par an, il est possible de participer à une supervision plus collective.

2. Intervention et supervision

a) Contexte

Après avoir compris les lignes de base de la théorie de la psychologie individuelle qui soutient l'intervention que je propose, comme 1) comment tout tourne autour de l'appartenance (principe pivot de la psychologie individuelle : Gemeinschaftsgefühl) et 2) comment les intimidateurs réagissent de manière compensatoire à partir d'un sentiment d'infériorité, 3) l'intervention holistique ; les participants apprennent les différents types d'intimidation et de cyberintimidation. En outre, les formateurs travaillent ensemble sur la manière de reconnaître la (cyber)intimidation et de la différencier clairement des conflits. Enfin, les formateurs découvrent différentes options d'intervention et de

prévention. Entre autres, le travail métaphorique, qui vise à sensibiliser les élèves, à activer leur empathie et à les impliquer de manière participative dans les solutions ?

b) Objectifs

L'aspect le plus important du travail avec la classe est que l'auteur de l'intimidation n'est pas considéré comme le seul responsable de la situation. Les spectateurs passifs ont également leur part de responsabilité, car ils favorisent la situation. De plus, il est important de contrôler qui est réellement une victime, car il n'est pas rare d'avoir des victimes actives/agressives qui sont considérées comme l'élève à problème/le tyran, mais qui sont en fait des victimes dans cette situation. Il est important d'aborder la solution avec l'ensemble de la classe, car tous les élèves partagent la responsabilité de la situation d'intimidation.

Deuxièmement, nous n'intervenons jamais directement, mais toujours indirectement : nous n'entrons pas dans la classe pour dire que la (cyber)intimidation a lieu et qu'elle doit cesser. Les écoles retirent souvent la victime et l'intimidateur de la classe pour les confronter, ce qui est une erreur. Cette technique propose de travailler métaphoriquement avec l'ensemble de la classe afin que les élèves ne deviennent pas réactifs. En s'abstenant de toute confrontation, nous évitons que les élèves ne se mettent sur la défensive et que la culpabilité ne monte - sinon nous risquons de perdre la coopération vers la responsabilité.

Nous apportons donc des vidéos adaptées en fonction de l'âge et du problème, et travaillons avec des groupes en nous concentrant sur les personnages de la vidéo. Les élèves se concentrent sur les personnages du film pour activer l'empathie : "Comment le personnage se sent-il ?" ; "Qu'attend-il des autres ?" Il faut sortir de l'idée que personne n'est responsable, alors que tout le monde est responsable, même ceux qui ne font rien. Nous travaillons donc sur le concept de "Civil-Courage".

Après un premier travail de groupe, les groupes changent dans la classe pour trouver une solution à la situation montrée dans la vidéo. Les questionnaires ne doivent pas être utilisés pour l'analyse de l'intimidation, mais la méthode d'observation et d'analyse de ce qui se passe dans la classe pendant le travail (de groupe) métaphorique. Il ne s'agit pas du cas réel dans la classe, car cela pourrait provoquer de la honte et de la culpabilité et constituer un gros obstacle au travail en commun vers la responsabilité.

Le transfert à la situation réelle se fait très soigneusement dans la dernière phase et l'attention est portée sur les solutions proposées par la classe pour que la situation de harcèlement puisse être résolue et que la victime puisse aller mieux. Souvent, il suffit d'un enfant courageux pour faire bouger tout le groupe.

Il est également nécessaire de travailler directement avec la victime en crise pour obtenir un soutien psychologique individuel organisé par l'école ou par les intervenants qui s'occupent également des parents.

Si l'auteur principal ne change pas son comportement après l'intervention, un soutien individuel pour compenser son sentiment d'infériorité (contrôle ou pouvoir) est nécessaire. En fonction du type de compensation, nous recherchons une alternative prosociale (qui réduit le sentiment d'infériorité) pour remplacer l'intimidation d'autres personnes. C'est souvent ce problème qui est soumis à la supervision.

Par exemple, nous avons traité le cas d'une jeune fille de 12 ans qui avait réussi à manipuler les élèves de deux écoles et à les inciter sur d'autres élèves : A la fin du processus, on lui a proposé d'être "gardienne de l'appréciation dans la classe".

Dans la supervision, nous apprenons également à distinguer réellement le conflit de l'intimidation, car nous pouvons aggraver la situation si nous confondons les deux : Les interventions ne sont pas du tout les mêmes. Les principales erreurs se produisent dans la détection et la distinction propres entre les brimades et les conflits. Les écoles ne sont pas encore prêtes à faire cette distinction.

c) Évaluation des résultats d'apprentissage :

La discussion sur l'efficacité de la supervision est possible et fluide tant avec le formateur qu'avec le groupe. A la fin de la discussion, les supervisés ont l'opportunité de souligner ce qui a été efficace et ce qui reste flou afin d'organiser la prochaine supervision.

Source : Christelle Schläpfer, PODCAST, Mobbing et ers angehen (Approche différente du harcèlement) - 23 janvier 2021 - 27 septembre 2021 : Episode 00-11 pour 227' minutes d'écoute.

Bonne pratique 12

Site web et dossier pédagogique sur le film "Un Monde" de Laura Wandel (2021) pour la sensibilisation et la formation à l'intervention psychopédagogique et à la prévention contre le bullying et le cyberbullying selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle.

Partenaire responsable : *Institut Alfred Adler de Paris (France)*

Auteur : *Christelle Schläpfer*

Mots-clés : *Formation de groupe, Urgences humanitaires sanitaires, Urgences humanitaires sociales, Victimes, Bullying, Cyberbullying, Méthode Adlerienne d'Urgence Scolaire*

1. Description de la bonne pratique en tant qu'événement de formation en tant que site web pour apprendre sur l'intimidation et la cyberintimidation.

a) Scénario

Bien que l'on parle beaucoup plus des brimades et que des leçons de prévention soient organisées dans de nombreuses écoles sur une base sélective, les brimades en général n'ont pas diminué mais augmenté (évaluation PISA 2018). En outre, la cyberintimidation a augmenté de près de 40 % en moyenne dans le monde entier pendant la pandémie, ce qui porte le nombre de victimes d'intimidation dans le monde à un niveau très élevé.

b) Impliqué

(Cyber)L'intimidation est un phénomène de groupe et ne se produit pas seulement entre la victime et l'intimidateur.

L'ensemble du système doit être pris en compte. Habituellement, cela se limite à la classe (victime, intimidateur, suiveurs, spectateurs). Il n'est pas rare que l'enseignant, les parents, le directeur de l'école (bien qu'inconsciemment) favorisent directement ou indirectement la situation d'intimidation. En outre, il arrive également que les brimades se produisent dans tout le système.

Avec le harcèlement moral, nous sommes dans une situation de crise et parfois d'urgence. Cette forme de violence n'est pas visible, contrairement aux conflits qui nécessitent un autre type d'intervention. Lorsque le bullying survient, cela signifie qu'un point de rupture a été atteint pour la victime et le système relationnel associé. Comme les enfants savent que c'est "mal", ils pratiquent donc le bullying en cachette, dans les couloirs et dans les escaliers, mais rarement dans la salle de classe, sous les yeux de tous et des enseignants. Par conséquent, nous ne le voyons pas et nous devons le lire différemment. En général, ce sont les parents qui tirent la sonnette d'alarme.

C'est pourquoi il est très important d'avoir un site web qui permette aux parents et au personnel de l'école de comprendre le phénomène et de demander de l'aide.

c) Analyse des besoins de formation

De nombreux élèves concernés ne demandent pas d'aide parce qu'ils craignent que la situation de (cyber)intimidation ne s'aggrave (ce qui peut effectivement arriver). La (cyber)intimidation est très différente des conflits et des disputes de courte durée.

2. Site web d'intervention Dossier de formation et de films éducatifs

a) Structure du NOUVEAU SITE WEB en cours de construction : www.edufamily.ch

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

b) Fiche technique et film "Un MONDE" de Laura Wandel, réalisatrice belge (2021, Dragons Films). Le film a été présenté en sélection officielle au Festival de Cannes 2021 dans sa section Un certain regard.

c) Le Dossier est une autoformation ou une auto-formation. Les utilisateurs regardent le film et lisent le dossier étape par étape. Ils peuvent utiliser les suggestions du dossier pour des discussions de groupe.

- Taille du dossier : 22 pages
- Contenu :
- Sujets de discussion
- Ce qu'il ne faut pas faire en matière d'intimidation : Ce que les parents et les écoles doivent éviter de toute urgence en matière d'intimidation.
- Conflit ou intimidation : Quelles sont les différences ?
- Que faire en cas d'intimidation
- Développement de l'histoire (film)
- Le film au jour le jour

d) Formateurs : préparation

Le film s'adresse principalement aux adultes et n'est pas recommandé pour un travail métaphorique avec des classes. Le dossier du film est particulièrement adapté aux cycles de discussion avec le personnel scolaire et dans les groupes d'éducation des parents, mais aussi comme information pour les professionnels du domaine psychosocial.

e) Durée

Le film dure 75' minutes et la conférence du formulaire 60' minutes.

Le film est disponible en DVD en français et en anglais. Le site web et le dossier du film éducatif seront disponibles en 4 langues (allemand, français, anglais, espagnol) à partir de 2023.

f) Suivi

Les personnes qui suivent le site peuvent contacter Christelle Schläpfer pour une intervention et/ou accéder à des formations (gratuites et payantes) qui donneront lieu à des groupes de supervision plusieurs fois par an.

Source : <https://edufamily.ch/wp-content/uploads/2022/04/Un-MONDE-Paedagogische-Dossier-zum-Film-3.pdf>

Bonne pratique 13

Unité téléphonique de premiers secours en cas de crise pandémique en tant que boîte à outils adlérienne d'intervention et de prévention des crises psychologiques selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle.

Partenaire responsable : Institut Alfred Adler de Paris (France)

Auteurs : Alessandra Zambelli, PhD, Psychologue, Psychothérapeute, Formateur, Superviseur, Président IAAP & TEAM et étudiants PROMO 1

Mots-clés : Intervention individuelle ; Urgences humanitaires sanitaires ; Urgences humanitaires sociales ; Victimes, crise pandémique ; Méthode adlérienne des urgences pandémiques, soutien social et sanitaire.

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 urgences 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 vidéoconférence sur les thèmes suivants : Enseignement à travers 200 diapositives théoriques ; Initiation aux parcours de résilience ; Initiation aux premiers protocoles de soutien téléphonique ; 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. Veuillez lire l'étude de cas relative à ce projet

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 semblait que la violence familiale covide est 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.

Se concentrer sur tous les types de victimes : La communauté et l'individu ne sont pas touchés directement par la crise pandémique, mais aussi pour les victimes directes si elles ne sont pas en état d'urgence, donc presque tous les types de victimes parce que l'unité était ouverte aussi aux sauveteurs.

Cet outil médiatique étant conçu comme la troisième partie d'un programme de formation au complexe tryptique pour le groupe d'étudiants en formation pour devenir psychanalystes adlériens à l'IAAP, il 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 néfaste.

Le parcours résilient a également été associé à la création d'une cellule de soutien mise à disposition d'un cabinet médical. Les étudiants ont créé eux-mêmes le contenu et la forme du chemin résilient, en suivant les indications structurelles et conceptuelles que leurs formateurs avaient créées et leur avaient soumises. Veuillez aller lire l'étude de cas relative à ce sujet

Afin d'aider dans le contexte de la pandémie COVID 19, l'équipe de l'Institut Alfred Adler de Paris et les étudiants de la promotion 1 se sont mobilisés pour proposer une cellule téléphonique d'urgence. Une personne dans le besoin, après avoir répondu à un questionnaire en ligne et s'être inscrite, se voit proposer 3 séances gratuites d'une demi-heure pour lui apporter un premier soutien et l'orienter si nécessaire. Dans le cas suivant, nous vous proposons de suivre le parcours d'un patient qui a contacté la cellule.

2. Conditions générales des victimes

Une fois les coordonnées du patient reçues, la demande est traitée en interne par l'équipe afin de mobiliser un thérapeute coopté disponible pour intervenir. Une fois l'affectation effectuée, le thérapeute coopté appelle le patient pour un premier entretien de 15' minutes afin de recueillir les premières informations sur la demande.

Ici, Clara, 32 ans, [toutes les informations sur les patients sont totalement déformées pour protéger la vie privée comme il se doit selon l'éthique psychothérapeutique et médicale] contacte le numéro d'urgence fourni par la cellule de soutien Covid. L'appel a lieu lors du premier déconfinement, alors que la France sort progressivement de cette longue période d'enfermement.

Pendant les 15 minutes de conversation téléphonique, Clara communique beaucoup d'informations sur son passé, son présent, ses symptômes, les traumatismes de ses parents ainsi que ses différents contacts avec le monde de la santé mentale (hospitalisations, psychiatres, psychologues, etc.). Elle nous a contactés en raison d'angoisses envahissantes et de comportements compulsifs. Elle relie ces symptômes à son enfance et pas seulement à la situation pandémique. Elle a une relation stable et qui dure depuis 6 ans, avec un projet d'enfant.

La demande d'aide est perçue comme massive par le thérapeute coopté qui estime que le patient doit être fortement retenu. La clôture de l'entretien a demandé beaucoup d'énergie et le thérapeute a utilisé la validation empathique pour remercier le patient de ce partage difficile au téléphone avec un inconnu, pour valider la demande d'aide et pour convenir d'un prochain rendez-vous.

Suite à ce premier échange, il a été convenu que le thérapeute coopté ferait remonter la situation au niveau de la cellule pour déterminer quel membre de l'IAAP accompagnerait ce patient, victime du type 5, dans le contexte de la pandémie pour les 3 séances gratuites de 30 minutes par vidéo.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

a. Trois séances gratuites d'une demi-heure

Clara a bénéficié de 2 entretiens de 45 minutes au lieu de 3 séances de 30 minutes en raison de la longueur et de la densité des échanges et de la difficulté pour le thérapeute de conclure correctement en trente minutes. Cette déviation du cadre était déjà une information à prendre en compte. Clara avait besoin de contrôler le cadre, le temps et le thérapeute. Ce mécanisme de surcompensation, la volonté de puissance, a servi à Clara pour masquer inconsciemment ses sentiments et son état d'infériorité.

Au moment du premier rendez-vous, Clara est confinée dans sa chambre depuis la veille car elle est positive au Covid. Le thérapeute coopté a d'abord essayé d'évaluer le niveau de perception de l'invasion émotionnelle ressentie par la patiente. Puis il a utilisé les éléments du parcours résilient pour comprendre où en était le patient au niveau des ressources, au niveau du corps... etc... afin de faire une évaluation fine de la situation présente (déterminer les conflits / niveau de conscience par le jargon des organes). A l'issue de ce premier échange, de nombreux traumatismes de l'enfance sont apparus. Le contact avec le corps lors des exercices proposés était très compliqué à réaliser en autonomie par le patient (cohérence cardiaque et câlin papillon) et même avec le thérapeute lors des rendez-vous.

En raison de l'allègement des mesures et de la possibilité de reprendre les consultations en face à face, le deuxième entretien a été réalisé en face à face. Le thérapeute coopté a pu appréhender la patiente de manière différente et s'est senti en grande insécurité. Ainsi, au regard des différentes expériences de violences physiques et psychologiques et des traumatismes relatés par Clara, nous pouvons constater que le sentiment d'insécurité se propage dans son esprit et entre en résonance avec celui du thérapeute coopté lors de l'accompagnement. En effet, Clara s'est exprimée de manière cryptique au cours de l'entretien et a utilisé un champ lexical lié au feu, aux explosions. Ce sentiment s'est accru lorsque la patiente, souhaitant montrer au thérapeute des photos et un dessin, a sorti de son sac, caché jusque là, sa réalisation. La peur du passage à l'acte s'est accentuée. Face à la détresse induite par le sentiment d'infériorité et le manque d'appartenance, Clara, afin de trouver une posture plus confortable et de contrôle, sollicite un mécanisme d'acting-out.

La nécessité de trouver un soutien en dehors des entretiens est apparue comme essentielle dans cette situation. Le thérapeute coopté a alors demandé une supervision interne à la cellule.

b. Supervision de premier niveau

Un entretien d'une heure est prévu avec un superviseur interne. Dans ce contexte de prise en charge, il est important de noter que les 3 protagonistes (patient, thérapeute coopté, superviseur) sont des victimes de type 4, étant tous victimes de la même communauté c'est-à-dire l'humanité, la pandémie étant mondiale. Identifier le type de victimes impliquées dans la situation d'urgence permet de savoir sur quels axes travailler, notamment au niveau de la communauté (pour activer le sentiment d'appartenance) et des valeurs qui lui sont inhérentes, et de savoir à quelles ressources faire appel pour redonner des clés et de l'autonomie aux victimes. Le patient est également repéré comme victime de type 5 lors de la phase de psychodiagnostic. Le premier défi est donc d'assurer et de maintenir des espaces de pensée face au contexte. Le superviseur et le thérapeute coopté doivent donc s'assurer qu'ils sont suffisamment sécurisés pour pouvoir prendre en charge l'autre. De plus, une attention particulière est accordée à l'établissement de la bonne alliance entre le thérapeute coopté et le superviseur, car tous deux sont membres du même réseau professionnel.

Un espace de pensée sans jugement (technique adlérienne d'encouragement à sécuriser l'autre par une posture non neutre dans une authenticité relationnelle + concept d'éducation visant la prise en charge de ses propres besoins pour aboutir à l'autonomie) dans une posture de juste distance émotionnelle, le cadre de supervision agit comme un espace transitionnel, là où la peur s'était insinuée. Le premier axe sera d'accueillir les émotions, les sentiments et les pensées du thérapeute coopté. L'accompagnement face à cette situation préoccupante passe ensuite par l'analyse du transfert contre transfert pour comprendre les enjeux dynamiques de la relation thérapeutique.

Ensuite, un travail d'élaboration du diagnostic est mis en place afin de vérifier le sentiment d'urgence réel ou fantasmé ressenti par le thérapeute coopté et retrouvé lors de la supervision. Dans le cadre du diagnostic, il était nécessaire d'être attentif aux facteurs aggravants, tels que les anniversaires familiaux (décès, fête des mères...) qui pouvaient réactiver la patiente et la pousser à une qualité de fonctionnement inférieure à l'habitude.

Plusieurs niveaux de crises s'entremêlent donc à garder à l'esprit dans cette situation (covid du patient/ date anniversaire/ réactivation d'un traumatisme/ crise sanitaire...).

c. La supervision de deuxième niveau comme seconde pensée

À l'issue de la première supervision, il est apparu nécessaire de porter ce cas complexe à un niveau supérieur afin d'avoir le regard d'un superviseur plus expérimenté pour affiner les étapes à suivre avec Clara et sécuriser le thérapeute coopté dans l'accompagnement. La supervision permet de solliciter et de ressentir le sentiment d'appartenance et le réseau du thérapeute coopté et du premier superviseur. Ainsi, en comprenant pourquoi " l'état d'infériorité " est ressenti par le thérapeute coopté, le superviseur peut contribuer à relancer la créativité en apportant un sentiment de sécurité par son accompagnement en position méta. La question du diagnostic, restée au stade du différentiel, étant centrale, a été affinée et les axes d'accompagnement renforcés.

d. Vers la psychothérapie

Suite à la prise en charge volontaire proposée par la cellule et aux 2 entretiens de supervision, un plan d'accompagnement a été établi avec le patient et une orientation a été faite vers le même thérapeute mais en suivi libéral pour poursuivre le travail engagé. Des propositions d'accompagnement vers d'autres professionnels de santé ont également été discutées.

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 soutien 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 de ce parcours sur leur capacité à se reconnecter à eux-mêmes et à tenter une stabilisation sur eux-mêmes et sur leur corps. Pour certains, la compréhension et 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.

5. Interdisciplinarité globale

La méthode adlérienne*** tisse une intégration des trois dimensions de la personnalité selon le paradigme biopsychosocial.

Si les compulsions de Clara, en réponse à l'anxiété, sont le moyen par lequel le conflit intérieur cherche à se résoudre et est le plus visible, il est important pour le thérapeute adlérien coopté de prendre en compte les trois dimensions du paradigme adlérien : bio-psycho-social pour une approche holistique du patient. En effet, à ce moment de la vie, le projet d'enfant réactive chez Clara des mémoires non seulement cognitives mais aussi émotionnelles et somatiques, qu'il est essentiel d'écouter avec empathie.

Les expériences de vie précoces et continues jouent un rôle essentiel dans la construction de ce qu'Adler appellera le Style de vie de l'individu*. Le rapport à soi, au monde, les mécanismes de protection, la personnalité et les éventuels troubles associés, le niveau de fonctionnement mental ainsi que les symptômes rapportés dans le DSM-V façonnent l'individu qui réagit à un héritage génétique, un environnement familial et social et une psychologie qui lui est propre. C'est pourquoi le thérapeute adlérien coopté va donc utiliser ces éléments pour établir son diagnostic psychologique. En réaction à ce sentiment d'infériorité, accentué par les humiliations et les maltraitances, Clara a développé des stratégies de surcompensation afin de retrouver un sentiment de puissance et d'équilibre intérieur. Le thérapeute adlérien coopté sera donc sensible à l'état du sentiment d'appartenance (Gemeinschaftsgefühl) de Clara, particulièrement mis à mal au sein de la famille mais aussi vis-à-vis de la société, vécue comme dangereuse au vu de l'hospitalisation, vécue comme forcée. Alors qu'il est potentiellement une ressource pour certains, le lien social est ici vécu comme douloureux, anxiogène, voire menaçant.

Avec Organ Jargon**, le thérapeute adlérien souligne 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 coopté sur la personnalité et la pathologie de Clara. Clara travaille à un haut niveau scientifique et consacre une grande partie de son temps personnel à des activités créatives/artistiques. Ainsi, malgré une histoire de vie complexe, elle a été capable d'utiliser sa créativité comme une ressource et une stratégie pour atteindre l'équilibre. Le thérapeute adlérien coopté s'attachera à reconnaître les ressources du patient et à encourager son sens de la créativité pour l'aider de manière plus efficace et utile pour lui et pour la communauté.

La validation empathique dans un outil encourage la création d'une alliance thérapeutique permettant la création d'un espace pour expérimenter le lien d'attachement et les mécanismes de protection sous un nouveau jour, et pour ressentir différemment et regarder son histoire d'une manière différente.

La compensation de Clara par le passage à l'acte s'enracine dans ce qu'Adler nommerait la réaction de protestation virile face à la volonté du pouvoir qui restaure le pouvoir. Ainsi, dans la construction de Clara, les infériorités, les menaces et les humiliations, l'ont conduite à élaborer et à suivre une fiction tendancieuse selon laquelle prendre le pouvoir passerait par la destruction des autres. Le thérapeute coopté a utilisé une technique de soutien cognitif et émotionnel par le biais de conseils et d'éloges, mais aussi et surtout de prendre le temps de créer un espace de supervision sécurisé.

Sources :

*Bernard H. Shulman, Harold H. Mosak, Manual for Life Style Assessment, Brunner Routledge - Taylor 1 Francis Group Edition, 1990

** Adler, A. (1956). La psychologie de l'individu : A systematic presentation in selections from his writings (H.H. Ansbacher, H. L., & R.R. Ansbacher, Eds.). New York, NY : Basic Books.

*** Bernard H. Shulman, James Hillman, Secondo Fassino, Gian Giacomo Rovera, Monikz Kruttke Rüping, Andrea Ferrero, Rossana Accomazzo, Laura Recrosio, Lorle Louis Hoffmann, Aspects généraux du processus analytique, SAIGA Edizioni, Individual Psychology Dossier 2 (bilingue italien-anglais)



Bonne pratique 14

Intervention en cas de crise et prévention du suicide

Partenaire responsable : Institut Alfred Adler de Paris (France)

Auteurs : Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin

Mots-clés : Intervention individuelle, Urgences humanitaires sanitaires, Urgences humanitaires sociales, 2°, 5°, 6° types de victimes, Risque de suicide, Méthode adlerienne, Soutien social et sanitaire.

1. Description de l'événement

M. F., un indépendant de 54 ans, a dû déposer son bilan de manière inattendue. Il y a un an, il a perdu sa femme, puis s'est remarié.

2. Conditions générales des victimes

M. F. raconte son histoire : "Cinq semaines avant ma faillite, j'ai eu le sentiment d'être moi-même en phase terminale. Tout mon organisme était en grand désarroi. Physiquement, des frissons me parcouraient, et mon incurabilité me paraissait évidente. Mentalement, je ressentais le désespoir ; une fuite vers la psychiatrie me semblait une véritable issue. Une admission à vie dans une institution fermée était maintenant un objectif de vie qui valait la peine d'être atteint.

Une semaine plus tard, lorsque j'ai compris l'inévitabilité de la faillite, des pensées suicidaires se sont installées. Secrètement, tranquillement. Personne ne le savait, et personne n'était censé le savoir. J'ai tout préparé mentalement, lieu, heure, méthode, etc. J'ai élaboré une véritable stratégie de suicide. Quelques jours seulement, voire quelques heures, me séparaient du passage à l'acte. Pendant ce temps, ma femme m'écrivait quotidiennement des lettres d'amour qui faisaient des pages, que je lisais, mais sans réfléchir. Personne n'était au courant de mes intentions, pas même elle. Mais personne d'autre ne m'a aidé, probablement aussi parce que j'étais incapable de m'exprimer.

Je ne pouvais que m'adresser à une autorité amicale mais professionnelle. Une recommandation à son bon ami fut une question de secondes, ma décision de me conformer à sa fervente demande paternelle fut ferme.

Je ne voulais rien laisser au hasard. Je n'avais pas besoin d'un psychologue, j'étais moi-même psychologue, j'avais besoin d'une véritable aide ... Après que je lui ai fait comprendre qu'il ne pouvait pas m'aider, il m'a dit : "Je ne peux pas, mais j'ai quelque chose qui peut vous aider. À 10 minutes d'ici, il y a un centre d'intervention de crise, je vais les appeler en attendant". Et puis je suis resté là, sans rendez-vous et sans être enregistré comme un cas dit aigu avec un risque élevé de suicide.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Le thérapeute raconte son point de vue :

Lorsque M. F. est arrivé, il était si agité que pendant l'entretien initial, il a fait les cent pas pendant plus d'une heure. Agité de haut en bas pendant plus d'une heure. Il est très vite apparu qu'il avait de graves insuffisances concernant les sentiments d'insuffisance et de culpabilité concernant la faillite et de forts sentiments de culpabilité envers sa femme décédée. Ces sentiments le bloquaient émotionnellement. Il était possible de travailler sur ces insuffisances et il pouvait partager la douleur ouvertement, pourquoi j'ai en même temps reconnu ses sentiments de responsabilité, de culpabilité et d'agression contre lui-même.

C'étaient les résultats des premières séances, mais il ne s'est pas présenté au troisième rendez-vous. J'ai ressenti une perte, comme si quelque chose s'était passé. Je ne me sentais pas bien de ne pas savoir ce qui s'était passé avec lui. Je sentais que ses idées suicidaires étaient toujours un risque. L'idée du danger me hantait.

Nous l'avons alors contacté, ce qui a manifestement renforcé sa confiance, à tel point qu'il est venu avant le rendez-vous suivant. Il oscillait entre se sentir coupable et ne pas être responsable. Après une dizaine d'interventions, réparties sur une période de trois semaines, il était beaucoup plus structuré et a élaboré des plans pour l'avenir. Il a pu recevoir le soutien d'autres personnes, a obtenu une offre d'emploi concrète et la faillite a pu être convertie en règlement obligatoire.

Un nouveau contact après une pause d'environ deux mois montre qu'il va bien, l'intervention de crise est terminée. Lors d'un contact de suivi trois ans plus tard, M. F. s'avère stable : il est redevenu père et se porte bien tant sur le plan professionnel que privé.

4. Effets

M. A. a subi deux pertes en un court laps de temps. Sa femme et sa sécurité financière. Selon la CIM-11, nous pourrions diagnostiquer un trouble de l'adaptation (Code : 6B43). Cette vignette nous apprend quatre éléments importants de l'intervention de crise :

1. D'abord une orientation rapide vers un professionnel formé à l'intervention de crise,
2. Deuxièmement, la clarification et l'accent mis sur la douleur émotionnelle causée par les incidents,
3. L'importance du sentiment de contre-transfert en tant qu'aspect communicatif de la relation,
4. La visite téléphonique active afin de maintenir la relation rompue.

5. Interdisciplinarité globale

Outre ces principes généraux d'intervention en situation de crise, une perspective adlérienne spécifique peut être ajoutée à cette prise de position*. Le désespoir et la perception de la maladie mentale de M. F. peuvent être compris comme un sentiment d'infériorité. La perte et l'incapacité à résoudre le problème de manière constructive au départ, le laissent néanmoins compenser le sentiment d'infériorité. Le pouvoir de la frustration et de l'agression subséquente entre en jeu lorsque la suicidalité se développe ; bien qu'il s'agisse d'une façon destructrice de compenser, il faut reconnaître que la suicidalité est une tentative de surmonter le désespoir ; c'est une façon de prendre le contrôle et le pouvoir sur sa vie (et sa mort), une tentative omnipotente de rétablir un sentiment d'autonomie.

En ce sens, la suicidalité doit être comprise comme une réaction humaine, compréhensible, qui peut être partagée avec d'autres. Bien que la suicidalité dans son objectif superficiel soit dirigée contre la coopération et contre l'intérêt social (vu dans le retrait), elle a également un caractère appellatif qui est crucial pour mobiliser l'aide des autres. C'est la raison pour laquelle le caractère appellatif de la suicidalité ne doit pas être négligé ou déprécié chez les personnes suicidaires. Bien qu'il soit parfois perçu dans les rencontres thérapeutiques comme manipulateur d'une certaine manière, il s'agit d'une ressource vitale d'un autre point de vue, permettant de tendre la main et d'impliquer les autres dans l'aide.

La suicidalité est également un phénomène transitoire et ondulatoire, qui peut être soulagé lors d'une séance mais s'intensifier lors d'une autre ; son reflet plus général sous la forme d'une recherche d'aide ou d'un rejet de la main tendue, peut se manifester par l'absence soudaine du patient à une séance prévue. Il est important de comprendre que la réaction de contre-transfert de l'aidant (quelque chose a pu se passer) décrit une continuité de la relation même en cas d'absence. Le patient absent suscite la peur chez l'assistant. En changeant de perspective, nous pouvons comprendre notre propre réaction comme étant celle du patient et nous pouvons comprendre avec empathie ce que cela signifie : "Je suis anxieux, j'ai besoin de votre confirmation que tout va bien !". Cela permet d'illustrer une position adlérienne : celle de l'encouragement. En particulier dans les crises, lorsque le monde intérieur des patients s'est effondré, l'aidant ressent dans son désespoir empathique les sentiments intérieurs du patient. L'aide immédiate signifie être solidaire, encourager les mouvements des patients vers une conciliation, maintenir et représenter l'espoir pour celui qui l'a perdu**.

Sources :

*Gernot Sonneck, Nestor Kapusta, Gerald Tomandl, Martin Voracek, *Krisenintervention und Suizidverhütung* (Intervention de crise et prévention du suicide), Broché - 25 oct. 2012

** Nestor Kapusta, Diagnostik in der Individualpsychologie, janvier 2022, dans le livre : Psychotherapeutische Diagnostik (pp.115-123).

Bonne pratique 15

Un soutien médical privé pour apaiser le sentiment de culpabilité selon la méthode adlérienne de psychologie individuelle

Partenaire responsable : Institut Alfred Adler de Paris (France)

Auteurs : Sonneck Gernot, Kapusta Nestor, Tomandl Gerald, Voracek Martin

Mots-clés : Intervention individuelle ; Urgences humanitaires sanitaires ; Urgences humanitaires sociales ; Victime type 4°, 5°, 6°, Attentat terroriste ; Méthode Adlerienne d'Urgences, Culpabilité de la victime, Soutien social et sanitaire.

1. Description de l'événement

Les attentats de Paris du vendredi 13 novembre 2015 sont une série d'attaques terroristes coordonnées dans la banlieue nord de la ville, à Saint-Denis. À partir de 21 h 15, trois kamikazes ont frappé devant le Stade de France à Saint-Denis, pendant un match de football international, après avoir échoué à entrer dans le stade. Un autre groupe d'assaillants a ensuite tiré sur des cafés et des restaurants bondés à Paris, l'un d'eux faisant également exploser un explosif, se tuant au passage. Un troisième groupe a perpétré une autre fusillade de masse et pris des otages lors d'un concert des Eagles of Death Metal auquel assistaient 1 500 personnes dans le théâtre du Bataclan, ce qui a entraîné une confrontation avec la police. Les assaillants ont été abattus ou se sont fait exploser lorsque la police a fait irruption dans le théâtre. Les coupables ont tué 130 personnes, dont 90 au théâtre du Bataclan. Quatre cent seize autres personnes ont été blessées, dont près de 100 dans un état critique. Sept des assaillants ont également été tués. Ces attaques sont les plus meurtrières en France depuis la Seconde Guerre mondiale et les plus meurtrières dans l'Union européenne depuis les attentats de Madrid en 2004. La France était en état d'alerte depuis les attentats de janvier 2015 contre les bureaux de Charlie Hebdo et un supermarché juif à Paris, qui ont fait 17 morts.

Se concentrer sur tous les types de victimes, mais plus particulièrement sur celles de type 5° et 6°. Je décris ici un besoin particulier que deux patients ont exprimé auprès de leur médecin généraliste en quête de soutien, se manifestant un mois après l'attentat du Bataclan. Tous deux n'ont pu se tourner vers les services d'urgence mis gratuitement à la disposition des victimes et de leurs familles. La douleur de l'attaque terroriste, également liée à la perte d'un collègue, les a fait se sentir coupables s'ils profitaient de l'aide gratuite. Ce type de sentiment n'est souvent pas pris en compte dans la prise en charge des victimes en situation de crise.

2. Conditions générales des victimes

Le premier patient, un homme âgé mais pas encore retraité avec une situation familiale stable, il a perdu l'interne qui travaillait dans l'entreprise de son fils, et présente une structure de personnalité saine avec un traumatisme antérieur lié à sa participation en tant que soldat dans une guerre violente 35 ans auparavant.

Il présente tous les symptômes d'un PTSD, et est impressionné par le fait que le contenu des cauchemars et les pensées envahissantes ne sont pas liés à l'attaque terroriste du Bataclan mais aux souvenirs de la guerre.

La seconde patiente, jeune femme d'une quarantaine d'années avec une relation stable, cadre dans un service technique, a perdu un collègue direct dans l'attentat du Bataclan en même temps que son chien fidèle meurt. Elle arrive avec tous les symptômes du PTSD (notamment des vertiges et des insomnies) plus des symptômes dissociatifs majeurs, des hallucinations et des cauchemars " psychotiques ". Le diagnostic différentiel est basé sur l'analyse des données de l'enfance et de la famille montrant un problème psychotique chez la mère (avec des tentatives de suicide dont la dernière a été réussie dix ans auparavant) et les symptômes dissociatifs. Nous avons donc envisagé la possibilité d'un PTSD complexe et/ou d'un trouble psychotique bref dans le cadre du BPD (Borderline Personality Disorder).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

a) Premier patient (type 6°)

La compréhension progressive de son style de vie structuré sur des mécanismes de compensation et de contrôle liés à l'angoisse de mort vécue 35 ans plus tôt à la guerre en étant le seul survivant de son équipe, a permis au patient d'acquiescer une meilleure distance par rapport à certains comportements compulsifs de sauvetage.

b) Deuxième patient (type 5°)

La possibilité pour la patiente d'accéder à une relation de confiance et à une alliance de travail avec le thérapeute lui a permis de communiquer pour la première fois des expériences hallucinatoires et des cauchemars terrifiants, ce qui l'a rassurée. La sévérité évidente des symptômes a incité à structurer une thérapie à long terme, mais la gestion des hallucinations à la fois par des exercices de gestion de la dissociation et par une thérapie pharmacologique (la patiente était contre l'utilisation de médicaments et voir un médecin la faisait paniquer) a permis à la patiente de s'absenter du travail pendant près d'un mois (et bien qu'elle ne voulait pas s'arrêter de travailler malgré des symptômes dissociatifs sévères). La compréhension et l'intégration des symptômes comme une partie résiliente du mode de vie de la patiente lui ont permis de les accueillir plutôt que de les subir comme des "ennemis intrusifs" et d'apprendre à les comprendre et à les gérer, à les améliorer et à les faire évoluer.

4. Effets

Les effets ont été positifs : 1) pour le premier patient présentant des traumatismes liés à l'ancienne guerre, 6 cadres thérapeutiques ont suffi pour se libérer des symptômes du PTSD. Le patient a pu développer une compréhension plus profonde de son style de vie et accepter qu'il y avait encore du travail à faire, mais au-delà de l'urgence négative des symptômes. 2) Pour le second patient avec des traumatismes antérieurs liés à des figures d'attachement (PTSD Complexe), les symptômes ont pu régresser grâce à l'intégration d'une thérapie pharmacologique gérée avec le psychiatre qu'elle a pu contacter (sous la direction du psychothérapeute) et aux techniques psychologiques intégratives sur les parties (dont l'EMDR) associées à la thérapie holistique adlérienne qui a travaillé sur les 3 dimensions biopsychosociales*.

5. Interdisciplinarité globale

La méthode adlérienne tisse une intégration des trois dimensions holistiques de la personnalité selon le paradigme biopsychosocial**. L'importance accordée au corps et au dialecte des organes permet au thérapeute d'accompagner le patient pour qu'il se connecte aux sensations corporelles et apprenne à mieux stabiliser son corps progressivement. Ce n'est que progressivement que le patient est amené à considérer ses mécanismes de défense psychiques. Les mécanismes de surcompensation, liés à la "volonté de puissance", servent au patient à masquer ses sentiments d'infériorité ; ils sont liés de manière inconsciente et résiliente à la crise traumatique réelle ou aux traumatismes passés. L'analyse du mode de vie du patient lui permet d'observer ses mécanismes et de ressentir leur efficacité et leur efficacité selon leur logique interne***. Mais cela met aussi en évidence une inadaptation et une surcharge, dans un mauvais équilibre entre les ressources internes et les solutions externes. Le thérapeute adlérien sera donc sensible à l'état du sentiment d'appartenance (Gemeinschaftsgefühl)** du patient, qui est le véritable rééquilibrant des fictions (croyances) non régulées du mode de vie, mais qui peut être le premier élément endommagé dans les situations traumatiques, notamment chroniques.

Sources :

*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.

Bonne pratique 16

La victimisation post-traumatique et la thérapie analytique de groupe : Intersubjectivité, témoignage empathique et altérité

Partenaire responsable : *Institut d'analyse de groupe Athènes (Grèce)*

Auteur : *Berman, A.*

Mots clés : *analyse de groupe, états de soi, victimisation, post-traumatisme, témoignage empathique, altérité.*

1. Description de l'événement

Dans cet article, Berman décrit une vignette d'un groupe d'analyse de groupe afin d'expliquer comment l'agression post-traumatique peut être déplacée d'un agresseur réel passé vers les membres du groupe/les personnes fermées dans le présent. L'auteur se réfère à " l'état de victime post-traumatique comme un état de soi dans le sens du concept de soi multiple... A partir d'un certain état de soi, l'expérience personnelle est authentique (expérience de 'c'est moi'), tandis que tout signe d'un autre état de soi est vécu comme 'pas moi' " (p. 245). Lorsque la dissociation est le principal mécanisme de défense, les états du moi peuvent être dissociés les uns des autres. L'état de victime post-traumatique peut être reconnu dans 4 modèles comportementaux de la victime, dans le groupe, qui sont des expressions interpersonnelles récurrentes :

1. demander à être reconnu comme une victime
2. déplacement de l'agression de la victime
3. transformer la souffrance personnelle en domination, en contrôle et en demande de compensation
4. suspension de la préoccupation et de l'empathie envers les autres.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Le groupe analytique décrit se compose de 8 membres, hommes et femmes, âgés de 30 à 50 ans. Eve est membre du groupe depuis longtemps. Elle a divorcé récemment après de nombreuses années de plaintes et de frustrations dans la relation avec son mari. Elle travaille dans un lycée ; ses collègues admirent son efficacité et sa capacité à créer une bonne ambiance autour d'elle. Dans son enfance, après le divorce de ses parents, sa mère a épousé un autre homme qui l'a maltraitée, surtout verbalement. Elle ne s'est jamais plainte ni n'a parlé de ses expériences d'enfance, jusqu'à ce qu'elle devienne membre du groupe. Les membres du groupe thérapeutique ont apprécié son humour, sa relation attentive et sensible avec les autres, et sa capacité à faire face aux difficultés. Dans les moments de détresse, elle devenait vulnérable, en manque d'attention et exigeait plus d'attention de la part du groupe et de chacun de ses membres, elle attendait que tout le monde s'identifie à elle. Elle attendait des autres membres qu'ils deviennent des témoins empathiques de sa souffrance. Toute expression d'altérité de la part d'un membre était ressentie par elle comme un abus et un abandon, et sa réaction était la colère et l'insulte. Si quelqu'un mentionnait le temps qu'elle prenait pour elle dans une séance, elle se sentait blessée. Les autres membres devenaient prudents et craintifs lorsqu'ils lui parlaient.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Dans une session, elle dit que sa relation avec sa meilleure amie est brisée. Elles étaient dans un pub lorsqu'un jeune homme s'est mêlé à leur conversation. Eve a eu l'impression que le jeune homme s'intéressait à elle, son amie n'a pas reculé et elle s'est sentie très blessée et ignorée. Les trois femmes ont quitté le pub dans la voiture de l'amie d'Eve. De façon inattendue, son amie a conduit Eve chez elle et a continué avec le jeune homme. Eve s'est sentie humiliée, vaincue et abandonnée. Les membres du groupe réagissent en s'identifiant, en se consolant, en éprouvant un véritable chagrin. Une femme a eu une résonance si profonde qu'elle n'a pas pu s'arrêter de pleurer et a parlé d'une expérience similaire qu'elle a vécue. Deux hommes du groupe condamnent le comportement de l'amie d'Eve. Rachel, l'une des plus jeunes du groupe, a déclaré qu'elle comprenait sa douleur "mais le monde des rencontres est un monde de compétition. Votre amie le voulait aussi. C'était aussi une opportunité pour elle. Pourquoi devrait-elle s'écarter pour toi ? ..." (p.252). Eve s'est sentie insultée par Rachel, elle l'a comparée à son amie, Rachel s'est sentie blessée, le soutien mutuel qu'elles

s'apportaient habituellement s'est évanoui. Rachel est devenue silencieuse, elle a pleuré et semblait toute seule. Deux membres ont tenté de calmer Eve, en lui parlant tendrement et discrètement, et en essayant de rétablir la conversation entre Eve et Rachel. Une autre femme, s'identifiant à la douleur de Rachel, a décrit le comportement d'Eve comme agressif et punitif. Lorsqu'une autre femme a comparé les échanges au sein du groupe à une lutte entre les sexes en disant : "Nous nous battons ici à cause du comportement des hommes. Ils sont courtisés par nous et sont néanmoins égocentriques et agressifs, et nous en payons le prix" (p. 253), puis un autre homme a déclaré : "Moi aussi, j'ai été blessé par le rejet des femmes. Je n'aime pas le fait qu'il y ait une compétition pour savoir qui a été le plus blessé. Ici, dans le groupe, j'ai aussi entendu des commentaires difficiles et j'ai quand même écouté. Je t'ai écouté aussi, Eve. Eve lui a répondu, avec haine : " Au lieu de me soutenir, tu me critiques pour avoir exprimé ma souffrance " (p. 253). Après cet échange lourd, le groupe s'est tourné vers le chef d'orchestre/le thérapeute pour lui demander de l'aide. Son intervention portait sur son sentiment de témoignage empathique, son identification à chaque membre à différents moments. Le groupe continue à parler du besoin de certains membres d'exprimer ouvertement leurs sentiments et de montrer qui ils sont, en reconnaissant la "coexistence d'émotions et de points de vue différents" (p.253).

Que s'est-il passé lors de cette séance ? Eve a rejoué dans le groupe un état de victime, elle s'est vraiment sentie abandonnée et humiliée comme dans son enfance. Dans le groupe, elle a osé se plaindre, exprimer son sentiment d'être maltraitée et blâmer les personnes qui, selon elle, l'avaient offensée. Au cours de la reconstitution, dans son état de victime, sa souffrance s'est transformée en une agression surpuissante et déplacée envers Rachel, le membre le plus proche d'elle, celui qui la soutient habituellement. De plus, dans cette session, Eve n'a pas rendu le témoignage empathique et la sollicitude qu'elle a reçus. Dans le cadre de la résonance dans le groupe (la résonance est un facteur thérapeutique dans l'analyse de groupe), le groupe dans son ensemble se déplace vers un état de victime (auteurs et victimes dans le groupe). Au sein du groupe, l'expression de l'injustice et de la vulnérabilité donne un espace à l'identité collective et une base à la compétition inconsciente entre les membres. L'agressivité des victimes semble être transmissible : les membres s'attendent à être témoins et soutenus. La capacité émotionnelle du groupe à contenir l'altérité a diminué. Le terme "altérité" fait référence à la présence d'une personne en tant qu'être humain distinct, autre" (p. 250).

4. Effets

Un contexte thérapeutique qui reconnaît la souffrance endurée par une personne, qui contient des éléments d'empathie, de compensation et d'action positive permet des processus de rétablissement. Le groupe thérapeutique offre un environnement de guérison qui génère reconnaissance, contention et compassion pour la personne traumatisée. Le contexte du groupe est un espace sûr dans lequel la personne se sent appartenir, comprise et protégée. Les membres du groupe deviennent des témoins empathiques de l'expérience traumatique qu'une personne a endurée seule. Dans le groupe analytique, les états de soi dissociés peuvent être reconnus, rappelés et soulignés par les autres participants (p. 247). Dans ce contexte de soutien et de sécurité, une victime peut revivre la dissociation post-traumatique et les sentiments d'humiliation, de honte et de rage qui lui sont refusés. En travaillant sur ces sentiments, la personne post-traumatique se sent de nouveau habilitée, les forces de l'ego peuvent être partiellement restaurées et les ressources intérieures réactivées.

Source : Berman, A. (2014). La victimisation post-traumatique et la thérapie analytique de groupe : Intersubjectivité, témoignage empathique et altérité. *Analyse de groupe*, 47(3) : 242-256.

Bonne pratique 17

Apprendre des étrangers : L'ethnopsychiatrie en pratique

Partenaire responsable : *Institut d'analyse de groupe Athènes (Grèce)*

Auteur : *Grandsard, C.*

Mots clés : *cadre clinique, ethnopsychiatrie, psychothérapie avec les immigrants et les réfugiés, attachements*

1. Description de l'événement

Il s'agit de la conférence principale donnée par Catherine Grandsard lors du 17e symposium GASI à Berlin, en 2017. Le titre de l'événement était Crossing Borders-Social, cultural and clinical challenges. La conférence fait référence au travail clinique au Centre Georges Devereux à Paris, France. Ce centre est une clinique de recherche qui est dirigée et fondée, en 1993, par le professeur Tobie Nathan. Les personnes assistées dans cette clinique sont des parents étrangers et leurs enfants (nés en France ou non), des mineurs étrangers non accompagnés, des survivants de l'Holocauste (anciens enfants cachés) et leurs familles, et des familles inter-mariées. A l'origine, l'ethnopsychiatrie était un domaine de recherche spécifique de l'anthropologie, tel que Georges Devereux (1908-1985), ethnologue et psychanalyste français d'origine hongroise, l'avait défini. L'ethnopsychiatrie s'intéresse aux modes culturels d'interprétation et de traitement des troubles. Pour Devereux, toute société humaine détermine les comportements normatifs et définit les déviations par rapport aux comportements culturellement admissibles. Il a également défini ces répertoires culturels de comportements déviants et les traitements associés comme des "psychiatries". Les pratiques de guérison liées à des groupes sociaux et des cultures spécifiques sont des "ethnopsychiatries". Tobie Nathan était l'étudiant en doctorat de Devereux et son proche collaborateur. L'objectif de Nathan était de créer un cadre clinique fonctionnant selon des principes ethnopsychiatriques, incluant toutes les méthodes de guérison sans disqualifier personne.

Dans cette Bonne Pratique, elle sera décrite comme l'un des deux exemples de cas rapportés dans l'article. Ces exemples illustrent comment, dans ce type de contexte clinique, un thérapeute et un assistant social doivent mettre de côté leurs propres hypothèses afin de comprendre les pratiques de guérison du groupe naturel des personnes et, par conséquent, de trouver de nouvelles solutions au problème avec le patient et son groupe naturel.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Abdoulaye est un adolescent de 17 ans, réfugié du Sénégal. Il y a un an, il est arrivé en France en tant que mineur non accompagné, il vit maintenant dans un foyer d'accueil et parle encore un peu le français. Après une violente bagarre avec un camarade, un mineur non accompagné originaire d'Afghanistan, son assistant social l'a emmené à la clinique. Il n'avait jamais été violent avant cet incident.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'intervention consistait en 4 sessions, chacune d'une durée de 2 heures, sur une période de 5 mois. L'équipe était composée de quatre professionnels : deux psychologues, un travailleur social et un traducteur/médiateur culturel ou " médiateur ethnoclinique ". Voici la description de la première session/réunion.

L'auteur, Catherine Grandsard, a été l'animatrice désignée pour toutes les séances. L'assistante sociale d'Abdoulaye a également participé à toutes les séances. Lors de la première séance devant Abdoulaye, Catherine Grandsard, en tant que responsable, a demandé à l'assistante sociale de le présenter à l'équipe. Elle leur a dit qu'il était " un jeune homme sérieux, qui essayait de s'adapter du mieux qu'il pouvait à sa situation de mineur étranger non accompagné en France " (p. 273), qu'il était arrivé il y a un an et qu'il n'avait jamais été violent jusqu'à présent. En outre, lorsqu'elle a interrogé Abdoulaye au sujet de la bagarre, il n'a pas été en mesure d'expliquer cet épisode. Il a plutôt parlé de la terrible expérience vécue pendant le voyage en bateau vers l'Europe et de ses problèmes de sommeil. Le collègue de l'équipe, originaire du Sénégal et ayant le rôle de médiateur ethnoclinique, a traduit en soninké, la langue maternelle d'Abdoulaye. Plus tard, ils ont demandé à Abdoulaye de décrire son voyage en Europe. Il a quitté sa ville natale après la mort de son père. Il était l'aîné de 5 enfants, voulant soutenir ses frères et sœurs, il a dit à sa mère qu'il trouverait du travail dans une grande ville sans lui parler de son projet outre-mer. Il a travaillé dans une ville côtière pendant quelques mois afin de

payer le voyage en bateau vers les îles Canaries. Le bateau est surchargé de sans-papiers. Le moteur s'est arrêté. Il faisait très chaud, 5 jeunes de l'âge d'Abdoulaye sont morts de coup de chaleur et de déshydratation et leurs corps ont été jetés par-dessus bord. Lorsque le moteur a été réparé, ils ont réussi à atteindre les eaux espagnoles où ils ont été secourus.

L'équipe l'a interrogé sur ses symptômes : Abdoulaye a répondu que lorsqu'il se regardait dans un miroir, il voyait les cicatrices laissées par l'eau salée et le soleil brûlant. Mais "les visages des garçons morts apparaissaient devant ses yeux". Il sentait que sa personnalité avait changé : il pensait sans cesse à la mort, souhaitait que les cinq garçons soient enterrés correctement au lieu d'être jetés à la mer ; il faisait des cauchemars et se sentait souvent déprimé" (p. 274). À ce moment-là, l'auteur de l'article a demandé à son collègue médiateur ethnoclinique s'il existait un mot en soninké pour décrire les symptômes d'Abdoulaye. Il a répondu qu'il y en avait un, le mot "Kany" qui "signifie la peur, le genre de peur qui déloge l'âme d'une personne" (p. 274). Abdoulaye a ri en entendant ce mot dans sa langue maternelle, mais il a été surpris et soulagé de voir l'intérêt de l'équipe pour un mot qui lui est familier. Les auteurs demandent ensuite au médiateur ethnoclinique : "Qui sait comment traiter les effets du Kany ? Un Jaaranda", répond-il, en utilisant le mot soninké qui désigne un guérisseur ou un médecin" (p. 274). Abdoulaye a expliqué que sa mère avait consulté un Jaaranda avant son départ. Le Jaaranda lui a dit qu'il allait voyager très loin, mais lui a assuré qu'il avait fait tout ce qui était nécessaire pour protéger son fils. Abdoulaye était sûr qu'il avait survécu grâce aux actions du Jaaranda et à la bénédiction de sa mère. L'équipe a décidé de contacter la mère d'Abdoulaye, lui demandant de rendre à nouveau visite au même Jaaranda, et de lui dire que son fils semblait souffrir de Kany. Elle a promis de le faire, mais a espéré qu'ils prescriraient à son fils des médicaments contre l'insomnie, comme ils l'ont fait.

L'équipe a d'abord accepté qu'Abdoulaye considère comme efficaces les méthodes de guérison des Jaaranda, ni les médicaments, ni les séances de parole. La stratégie thérapeutique était de le reconnecter avec sa famille et le groupe social auquel il appartient et qui est attaché à ses groupes sociaux "naturels". Il fallait définir la nature du problème, c'est-à-dire ses symptômes post-traumatiques. Mais cela ne suffit pas. Il faut savoir s'il existe un nom dans sa langue maternelle pour ces symptômes, et comment son groupe culturel comprend ces difficultés. En explorant le concept de Kany qui se réfère à un trouble provoqué par une peur extrême, l'équipe ne l'a pas interprété comme un état psychologique qui s'améliorera avec des médicaments et/ou en verbalisant l'expérience, mais elle a accepté la possibilité d'impliquer les ressources de guérison de sa famille et de son groupe social. Ils ont accepté que si la notion de Kany avait un sens pour l'expérience d'Abdoulaye, alors un expert en Kany, le collègue Jaaranda, est nécessaire et aussi que ce traitement pourrait être efficace pour Abdoulaye. Ils proposent un cadre clinique dans lequel une attention égale est accordée à toutes les méthodes de guérison, " en mettant de côté la notion de croyance ", en impliquant les personnes qui demandent de l'aide " dans le processus de sélection du contexte conceptuel qui guidera leur thérapie " (p. 276). L'auteur souligne également le rôle de l'interprète soninké en tant que médiateur culturel ; il sait comment se présenter et présenter l'équipe en favorisant la confiance. Pour ce faire, le médiateur doit non seulement connaître les modes culturels de la société soninké, mais aussi les réalités et les institutions françaises.

4. Effets

Un mois plus tard, lors de la deuxième rencontre, Abdoulaye ne présentait aucun symptôme. Lorsqu'on lui demande s'il prend les médicaments, il répond en français : " Pour quoi faire ? Maintenant que ma mère est allée chez le Jaaranda et qu'il a fait le nécessaire, je n'en ai plus besoin !" (p. 274-275).

Source : Grandsard, C. (2018). Apprendre des étrangers : l'ethnopsychiatrie en pratique. *Analyse de groupe*, 51(3):271-282.

Bonne pratique 18

La contamination du traumatisme.

Esprits traumatisés, familles brisées et groupes de travail dysfonctionnels : Dynamiques organisationnelles et interpersonnelles dans les procédures judiciaires complexes en matière de protection de l'enfance.

Partenaire responsable : Institut d'analyse de groupe Athènes (Grèce)

Auteur : Stevenson, S.

Mots-clés : traumatisme, travail de groupe, dynamique de groupe, famille, confinement

1. Description de l'événement

Cet article explore le traumatisme et son impact sur un groupe de travail et pourquoi ce processus a été perturbé par une anxiété non contenue qui a entraîné un conflit professionnel. Les groupes de travail professionnels qui s'occupent de familles traumatisées et dysfonctionnelles sont confrontés à un défi disproportionné dans un processus déjà inévitablement douloureux qui peut être un obstacle à une prise de décision équilibrée dans l'intérêt supérieur des enfants. Les traumatismes, les abus et la négligence peuvent influencer la culture professionnelle qui se condense autour de ces familles. Cela se produit plus souvent avec les familles les plus difficiles, avec un historique possible d'échec professionnel, ce qui entraîne des conflits professionnels, des décisions impulsives et médiocres, car ces dynamiques destructrices sont devenues ingérables.

2. Conditions générales des victimes/groupe

L'étude de cas présentée porte sur un groupe de travail traumatisé, où trois jeunes enfants avaient été gravement maltraités par leurs parents. Le traumatisme était une expérience centrale pour tous les membres de cette famille qui remontait à plusieurs générations. L'enfance des parents a été particulièrement traumatisante et tous deux ont subi de graves abus et négligences alors qu'ils étaient sous la garde de leur propre famille. Les parents se sont rencontrés et ont construit leur relation alors qu'ils étaient tous deux impliqués dans de graves problèmes d'abus et de trafic de drogues. Le département des services sociaux travaillant avec cette famille gérait en même temps une autre famille qui faisait l'objet d'une procédure judiciaire de protection de l'enfance, dont l'issue a suscité beaucoup d'anxiété et de reproches au sein du département.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Toute la matrice de travail avait été affectée par un traumatisme intergénérationnel, à savoir le traumatisme actuel des parents envers leurs propres enfants, ainsi que le traumatisme du groupe de travail professionnel qui empêchait les individus de penser et de réfléchir à l'intérêt supérieur des enfants. Il semblait y avoir un processus parallèle dans lequel les parents mauvais et abusifs étaient symboliquement assimilés à des professionnels inadéquats, dont on ne pouvait pas faire confiance pour assurer la sécurité des enfants, car ils étaient tellement préoccupés par leurs propres batailles. Afin de gérer et de maintenir des processus psychologiques appropriés au sein des groupes de travail et de permettre aux membres d'accomplir leurs tâches, un espace de réflexion et de supervision approprié doit être mis à disposition pour permettre aux membres d'observer et de s'engager dans la dynamique façonnée par les processus inconscients.

4. Effets

Le fait de ne pas reconnaître ces facettes de l'environnement de travail peut potentiellement polluer et contaminer la matrice d'un groupe de travail en termes de projections non traitées, d'identifications projectives ou de distorsions de l'apport professionnel au détriment du bien-être de l'enfant. En raison de l'incroyable pression exercée sur les professionnels dans le cadre de ce processus pour qu'ils fassent réparation, il est essentiel d'offrir des espaces de

réflexion aux professionnels impliqués dans les procédures judiciaires complexes de protection de l'enfance afin de permettre une prise de décision appropriée.

Source : Stevenson, S. 2022. La contamination du traumatisme. Esprits traumatisés, familles brisées et groupes de travail dysfonctionnels : Dynamiques organisationnelles et interpersonnelles dans les procédures judiciaires complexes de protection de l'enfance.

Bonne pratique 19

Réflexions sur un groupe de soutien pour les médecins en convalescence de Long Covid

Partenaire responsable : *Institut d'analyse de groupe Athènes (Grèce)*

Auteur : *Harte, V*

Mots-clés : *Analyse de groupe, groupes de soutien, traumatisme, personnel sanitaire, rétablissement*

1. Description de l'événement

En octobre 2020, Vivienne Harte a été invitée par le Dr Clare Gerada, en sa qualité de présidente de l'organisation caritative Doctors in Distress (DiD), à animer un groupe de soutien en ligne pour les médecins présentant des symptômes du syndrome de Long Covid. Le groupe était gratuit, par l'intermédiaire de l'association, pour les médecins à tous les stades de leur carrière travaillant au Royaume-Uni.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Environ 70 médecins se sont inscrits et ont participé au webinaire initial. Par la suite, trois groupes de soutien en ligne ont été mis en place, fonctionnant les uns à côté des autres dans des salles de réunion. Ces médecins éprouvaient une grande détresse en raison de l'immense incertitude et de la peur que suscitaient leurs symptômes physiques et de l'impact que ceux-ci avaient sur leur vie entière, et pas seulement sur leur rôle professionnel. Les médecins hospitaliers et les généralistes, ainsi que d'autres travailleurs sociaux et de santé de première ligne, ont également été affectés par le manque de connaissances sur le virus et l'inadéquation des équipements de protection individuelle (EPI) tels que les masques, les visières et les vêtements.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

La structure du groupe de soutien était de 10 sessions hebdomadaires d'une heure et 15 minutes. La première session était un webinaire auquel les médecins intéressés par un tel groupe pouvaient assister pour entendre ce qui allait être proposé et poser les premières questions, suivi de 8 sessions animées et se terminant par un autre webinaire. Le dernier webinaire était la session de clôture et l'occasion pour les animateurs et les médecins de donner leur avis à tous ceux qui ont participé à l'expérience. Deux groupes ont été animés par des analystes de groupe (dont un médecin retraité) et un par un médecin généraliste du NHS qui travaille également pour NHS Practitioner Health. Les trois animateurs se sont réunis en ligne avec Clare Gerada et la coordinatrice du projet DiD, Marie Searles, avant et après chaque session pour quelques minutes de pré- et post-contrôle.

Les groupes de soutien, en termes d'analyse de groupe, étaient homogènes dans la mesure où ils étaient proposés à des individus ayant une identité spécifique, médecin, traitant d'un problème particulier, Long Covid.

Un groupe de soutien, et un groupe aussi bref, présente ses propres difficultés techniques en termes d'équilibre entre la profondeur de la concentration émotionnelle et la diffusion pratique d'informations éducatives/psycho-éducatives. Une distinction claire dans ce groupe était que tous les membres étaient très expérimentés, et pour la plupart, des médecins seniors, et l'auteur, en tant qu'analyste de groupe non médical, avait peu de connaissances des termes médicaux utilisés

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

ou des conditions décrites. L'accent mis sur la médecine physique était initialement un nouveau langage pour l'auteur, bien qu'il ait travaillé dans les services de santé mentale du NHS pendant de nombreuses années.

4. Effets

Le pouvoir du partage dans un espace de réflexion de groupe sûr et ouvert leur a permis de commencer à trouver la force émotionnelle pour développer la compassion les uns envers les autres et potentiellement guérir et recréer une matrice médicale plus compatissante pour eux-mêmes.

Source : Harte, V. 2021 : Réflexions sur un groupe de soutien pour les médecins se remettant d'un long covidat.

www.groupanalyticsociety.co.uk/contexts/issue-91/articles/reflexions-sur-un-groupe-de-soutien-pour-les-docteurs-recouvrant-de-long-covid

Bonne pratique 20

Construire des ponts empathiques : L'harmonisation "maternelle" transculturelle dans la psychothérapie de groupe pour les immigrants et les réfugiés

Partenaire responsable : *Institut d'analyse de groupe Athènes (Grèce)*

Auteur : *Schermer, V.L*

Mots-clés : réfugiés, traumatisme, travail de groupe, immigrants, facteurs culturels, dynamique de groupe

1. Description de l'événement

Avec le nombre croissant d'immigrants qui arrivent en Europe, au Royaume-Uni, aux États-Unis et ailleurs, apportant avec eux leurs diverses cultures, langues et rituels, et cherchant parfois une psychothérapie auprès de praticiens du pays d'adoption, le traitement des immigrants par les travailleurs de la santé, et en particulier les psychothérapeutes de groupe, est devenu une préoccupation importante.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Il est important de souligner que les relations interculturelles et les dilemmes auxquels sont confrontés les immigrants font intervenir de multiples forces sociales, économiques, politiques, développementales et linguistiques qui apparaissent tout au long du cycle de vie. Et ce qui s'applique à un groupe d'immigrants peut ne pas s'appliquer à d'autres. Cette bonne pratique fait notamment référence à une vignette clinique fournie par Leo Leiderman, celle d'un homme hispanique célibataire de 40 ans (Jose), qui révèle certains types de traumatismes que peuvent subir les immigrants.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Grâce au confinement initial, Jose est passé de la méfiance défensive à l'attachement mutuel, aux soins, à la collaboration et à la résolution de problèmes pratiques au sein du groupe. Schermer tente d'apporter au dialogue en cours une manière significative de comprendre les interactions et les contextes non verbaux et l'importance d'un modèle de soins maternels pour guérir la souffrance rencontrée par les voyageurs qui cherchent une nouvelle vie dans des circonstances difficiles et éprouvantes. Nous espérons que cette compréhension sera utile aux analystes de groupe travaillant avec des personnes déplacées de leur lieu d'origine. Les interventions suivies reposent sur des concepts et leurs interactions, tels que : la culture en tant qu'extension et élaboration de la relation mère-enfant, les aspects maternels du groupe et du thérapeute, les fonctions spécifiques du lien maternel et leur utilité pour les immigrants, l'attachement et les soins, la compagnie et la collaboration, la conscience créative et pratique, le traumatisme psychologique et le confinement. La supervision clinique et la conscience du contexte particulier sont cruciales dans le traitement de ces populations.

4. Effets

Cet article-bonne pratique souligne l'importance des aspects incarnés pré-symboliques de l'expression culturelle. Travailler avec une population d'immigrés exige d'être attentif et réceptif aux types d'interactions pré-verbales qui caractérisent le couple mère-enfant réactivé dans le groupe. Ces interactions ne sont pas nécessairement régressives ; elles sont plutôt à la base de toutes les relations humaines. Elles sont particulièrement pertinentes lorsqu'il existe des différences culturelles, comme c'est le cas dans les groupes d'immigrants.

Source : Schermer, V.L. 2021. Construire des ponts empathiques : Cross-cultural 'maternal' attunement in group psychotherapy for immigrants and refugees. *Group Analysis*, Vol. 54 (2) : 226-243.

Bonne pratique 21

Trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie de Covid-19 en Italie

Partenaire responsable : Association pour l'EMDR en Italie (Italie)

Auteur : Isabel Fernandez, Marco Pagani, Eugenio Gallina

Mots-clés : personnel de santé, EMDR, PTSD, COVID-19, urgence humanitaire

1. Description de l'étude de cas

Les participants font partie d'un échantillon de convenance composé de 744 professionnels de la santé (médecins, infirmières, personnel administratif, personnel de soutien des soins intensifs, psychologues) : 587 professionnels de santé ont été traités par EMDR, tandis que les 157 autres n'ont pas été traités. Provenant de 18 hôpitaux et maisons de repos différents impliqués dans l'urgence COVID-19. L'échantillon a été collecté tout au long de la période d'urgence pandémique, de novembre 2020 à mars 2021.

2. Conditions générales des victimes/de l'échantillon

Les conditions générales des professionnels de la santé ont été mesurées au moyen de deux questionnaires d'auto-évaluation. Il a été demandé aux participants de fournir

1. des informations sociodémographiques ;
2. la symptomatologie post-traumatique a été évaluée au moyen de l'échelle Impact of Event Scale- Revised (IES-R).
3. Le thermomètre des émotions (THERMO Mitchell et al., 2010) a été utilisé à deux moments (avant et après le traitement) pour évaluer le niveau d'intensité de l'activation émotionnelle. Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation visuelle analogique permettant de recueillir le niveau d'intensité de l'activation émotionnelle sur une échelle de Likert allant de 1 à 10 pour certaines expériences émotionnelles principales (stress, humeur dépressive, anxiété, colère, problèmes de sommeil, besoin d'aide).

Il convient de noter que 68% des sujets étudiés avaient un score IES-R pathologique avant EMDR (>33).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Le protocole d'intervention a été conçu pour des groupes en ligne et de visu d'environ 4-6 participants et en ligne par le biais de l'EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Integrative Group Treatment Protocol) (Jarero et al., 2006). Les sessions peuvent aller de 1 à 1 h et 30 min.

Les participants étaient guidés à travers un exercice sur les lieux sûrs ou sécurisés ou des exercices de respiration. L'animateur EMDR-IGTP leur demande de penser à la pire partie de l'événement (la crise actuelle) et de dessiner cette image sur le papier fourni. Il leur demandait ensuite d'indiquer la cote des unités subjectives de perturbation (SUD) correspondante et d'écrire le chiffre correspondant sur leur dessin. Après cela, on leur a demandé de regarder leur dessin et de fournir leur propre stimulation bilatérale alternée avec le câlin papillon. Les participants ont ensuite été invités à dessiner une autre image de leur choix en rapport avec l'événement et à l'évaluer en fonction de son niveau de détresse. Le traitement s'est poursuivi avec les adultes regardant la deuxième image et utilisant le câlin papillon. Le processus a été répété deux fois de plus, de sorte que chaque participant a dessiné quatre images et a donné une note SUD pour chacune. Le niveau final de détresse associé à la crise actuelle a ensuite été évalué en demandant de se concentrer sur le dessin qui était le plus perturbant et d'identifier le niveau SUD actuel.

Le dessin et la phrase ont ensuite été associés au câlin papillon. Les clients ont reçu l'instruction de fermer les yeux, de balayer leur corps et de faire le câlin papillon ou des techniques d'ancrage pour la stabilisation. Et de visu séance individuelle par le protocole standard EMDR (Shapiro, 2018). Tous les types d'interventions étaient basés sur la thérapie

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

EMDR. Chaque intervention a duré 3 rencontres d'environ 2 h chacune réalisées sur un mois, environ une fois par semaine.

Les interventions ont été gérées par un psychothérapeute (pour chaque session) spécialisé dans la thérapie EMDR dans le but de réduire les symptômes du PTSD.

4. Résultats

Cette étude a démontré que les interventions avec l'EMDR pour cette population avaient un effet positif pour diminuer significativement les symptômes du PTSD et les symptômes tels que le stress, l'humeur dépressive, l'anxiété, la colère, les problèmes de sommeil et le besoin d'aide.

Cela confirme que le travail avec l'EMDR dans les situations d'urgence provoque un soulagement immédiat, empêche la chronisation.

L'étude a également confirmé que le protocole EMDR dans toutes ses modalités, en ligne et de visu, peut protéger les travailleurs de la santé des conséquences du stress aigu.

Source : Fernandez, I., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). Trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19 en Italie : Efficacité d'un protocole d'intervention de désensibilisation et de retraitement par mouvements oculaires. *Frontiers in Psychology*, 13.

Bonne pratique 22

Soutenir les travailleurs de la santé en période de COVID-19 avec la désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires en ligne : une étude pilote

Partenaire responsable : Association pour l'EMDR en Italie (Italie)

Auteur : Elisa Faretta, M. Ignazia Garau, Eugenio Gallina, Marco Pagani et Isabel Fernandez

Mots clés : personnel de santé, EMDR, PTSD, COVID-19, en ligne

1. Description de l'étude de cas

Les urgences produisent un état d'activation qui permet des tentatives de sauvetage rapides. Il n'est donc pas surprenant que les expériences thérapeutiques avec cette catégorie de travailleurs aient mis en évidence des réactions émotionnelles comprenant la peur, l'anxiété et la colère, aggravées et compliquées par des facteurs de risque objectifs, subjectifs et organisationnels. Si cela est vrai en général pour les travailleurs de la santé sur le terrain, c'est un problème particulièrement aigu pour les travailleurs de la santé opérant dans les maisons de retraite (RSA). Les résidents sont âgés, faibles ou vulnérables et ont besoin d'aide et de soutien pour leurs besoins physiques, émotionnels, relationnels et médicaux/sanitaires et c'est dans ces structures que l'explosion soudaine de l'épidémie a été la plus bouleversante. Dès que la pandémie a frappé, les travailleurs des maisons de retraite ont été exposés à des expériences traumatiques cumulatives continues qui ont entraîné l'activation répétée de réactions de stress extrême.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Il y avait 11 participants : 7 femmes et 4 hommes d'un âge moyen de 46 ans, répartis en deux groupes thérapeutiques de 6 et 5 participants, respectivement. Tous avaient choisi de s'isoler au sein de la maison de retraite pendant la période de 30 jours allant du 1er avril au 30 avril 2020.

Impact of Event Scale-Revised (IES-R) selon les critères du DSM IV-TR (Weiss et Marmar, 1997) validé et traduit en italien (Pietrantonio et al., 2003). Ce test psychométrique est composé de 22 items. Il comprend trois sous-échelles mesurant les dimensions suivantes : intrusion, évitement et hyperactivation. Les participants devaient évaluer leur niveau de symptômes post-traumatiques à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (= "pas du tout") à 4 (= "beaucoup") en se référant aux 7 jours précédents. Le score total est compris entre 0 et 88. Le seuil de 33 souligne un risque élevé de PTSD ; conformément à la littérature, il n'y a pas de seuil spécifique pour l'interprétation des échelles.

Le thermomètre des émotions, un instrument non standardisé, a été utilisé pour mesurer sur une échelle de 1 à 10 l'expérience subjective des participants concernant six émotions et leurs conséquences : le stress, l'anxiété, l'humeur dépressive, la colère, les difficultés à dormir et le besoin d'aide.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'urgence actuelle conduit à l'utilisation d'un protocole EMDR de groupe, comme cela a déjà été fait dans de nombreux pays du monde à la suite de catastrophes de masse. L'EMDR de groupe a été utilisé aussi bien sur des adultes que sur des enfants et a été adapté dans de nombreux cas pour répondre à des contextes et circonstances spécifiques (Wilson et al., 2000 ; Korkmazlar-Oral et Pamuk, 2002 ; Fernandez, 2007 ; Gelbach et Davis, 2007 ; Zaghrou-Hodali et al., 2008). Le protocole de groupe (EMDR-IGTP) combine la thérapie EMDR standard en 8 phases avec un modèle de thérapie de groupe (Jarero et al., 1999 ; Artigas et al., 2000) et l'utilisation d'une forme de stimulation bilatérale appelée "Butterfly Hug" (Artigas et Jarero, 2014 ; Jarero, 2020) ainsi que des tâches de dessin (Maxfield, 2008). Compte tenu des avantages de la thérapie de groupe et de l'efficacité prouvée du protocole de traitement de groupe intégratif EMDR (EMDR-IGTP), nous avons testé une adaptation en ligne du protocole EMDR de groupe destinée à répondre aux besoins générés par

l'urgence actuelle, comme cela est également rapporté dans la littérature récente (Luber, 2020 ; Pérez et al., 2020 ; Tarquinio et al., 2020 ; Fisher, 2021). Deux programmes de thérapie de groupe ont été réalisés. Chacun d'eux comportait cinq réunions : une réunion initiale de pré-test et de psychoéducation, suivie de trois réunions de thérapie de groupe EMDR, et d'une réunion finale de post-test et de débriefing.

Les interventions ont été menées par des thérapeutes formés à l'EMDR, au niveau consultant (certifiés par l'association EMDR Europe). Toutes les rencontres ont été réalisées sur une plateforme de conférence virtuelle afin de préserver la distanciation sociale.

1. La première réunion (réunion 1) de chaque intervention a été consacrée à l'introduction des participants, à la présentation du projet et à la réalisation d'un pré-test initial des niveaux d'émotion et de stress post-traumatique (échelle IES-R et thermomètre des émotions) et d'une orientation sur le stress lié à un incident critique. En conséquence, la phase d'orientation sur le stress lié à un incident critique de la réunion 1 a commencé par la normalisation des réactions émotionnelles des participants à l'aide de la grille de symptômes, suivie de l'introduction de techniques visant à prévenir la détresse due aux réactions aiguës au stress et au trouble de stress post-traumatique.
2. Les trois réunions suivantes (réunions 2, 3 et 4) se sont concentrées sur la détresse et les besoins de l'équipe et un protocole de traitement EMDR de groupe (EMDR-IGTP) a été mis en œuvre. Les participants ont fait état de sentiments d'impuissance, de l'impossibilité de voir leurs proches et de la perte de leurs routines normales d'avant le COVID, de sentiments d'absurdité. Les sessions peuvent durer de 1 h à 1 h 30 min. Les participants sont guidés à travers un exercice d'endroit sûr/sécurisé ou des exercices de respiration. L'animateur EMDR-IGTP leur demande de penser à la pire partie de l'événement (la crise actuelle), puis de dessiner cette image sur le papier fourni. Il leur demandait ensuite d'indiquer la cote des unités subjectives de perturbation (SUD) correspondante et d'écrire le chiffre correspondant sur leur dessin. Après cela, on leur a demandé de regarder leur dessin et de fournir leur propre stimulation bilatérale alternée avec le câlin papillon. Les participants ont ensuite été invités à dessiner une autre image de leur choix en rapport avec l'événement et à l'évaluer en fonction de son niveau de détresse. Le traitement s'est poursuivi avec les adultes regardant la deuxième image et utilisant le câlin papillon. Le processus a été répété deux fois de plus, de sorte que chaque participant a dessiné quatre images et a donné une note SUD pour chaque image.
3. La dernière réunion (réunion 5) s'est déroulée selon la même procédure que les trois précédentes, mais un certain temps a été consacré à l'administration post-test de l'échelle IES-R et du thermomètre des émotions, ainsi qu'à permettre aux participants avec EMDR de partager leurs impressions sur l'expérience. L'intervention s'est terminée par des commentaires de conclusion et un récapitulatif.

4. Résultats

Scores moyens pour l'IES-R. On constate que les scores du pré-test sont élevés pour l'intrusivité $M = 16,18$ ($ET = 6,65$), l'évitement $M = 10,18$ ($ET = 8,96$) et l'hyperexcitation $M = 11,18$ ($ET = 6,11$). Tous les scores moyens du post-test sont inférieurs : évitement $M = 1,18$ ($ET = 1,25$) ; intrusion $M = 1,91$ ($ET = 1,64$) ; hyperexcitation $M = 1,09$ ($ET = 1,04$). La différence entre les scores moyens avant et après traitement est statistiquement significative (signification $p < 0,05$) : évitement $p = 0,005$; intrusivité $p = 0,0000$; hyperexcitation $p = 0,0000$.

Les participants ont obtenu des scores élevés aux sous-échelles du thermomètre des émotions mesurant les perturbations psychosomatiques, comme le stress ($M = 7,36$; $ET = 2,73$), l'anxiété ($M = 6,73$; $ET = 3,52$), les problèmes de sommeil ($M = 7,91$; $ET = 2,51$). Le score moyen élevé du besoin d'aide montre que l'intervention EMDR serait en effet potentiellement très utile. Les scores moyens pour les mêmes dimensions étaient plus faibles après l'intervention. La différence entre les scores avant et après l'intervention est statistiquement significative (signification $p < 0,05$) : stress $p = 0,0000$; anxiété $p = 0,0003$; humeur $p = 0,005$; colère $p = 0,001$; sommeil $p = 0,0000$; aide $p = 0,001$.

Les scores IES-R post-intervention des participants étaient significativement plus bas sur les sous-échelles d'intrusion, d'évitement et d'excitation. Les scores post-intervention sur les sous-échelles d'émotion ont également montré des diminutions significatives des niveaux de stress, d'anxiété, d'humeur dépressive, de colère, de problèmes de sommeil et de besoin d'aide perçu. Bien que préliminaires, ces résultats sont statistiquement significatifs et montrent que le protocole EMDR que nous avons mené était efficace pour réduire les effets de l'ESPT induit par le stress suite à l'isolement pendant la pandémie de COVID-19.

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Source : Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., & Fernandez, I. (2022). Soutenir les travailleurs de la santé en période de COVID-19 avec la désensibilisation et le retraitement des mouvements oculaires en ligne : Une étude pilote. *Frontiers in Psychology*, 13



Bonne pratique 23

Double infanticide

Partenaire responsable : Association pour l'EMDR en Italie (Italie)

Auteur : Giada Maslovarich

Mots-clés : Intervention de groupe en urgence, Victimes de type 4° et 5°, Urgence sociale, Enfants, Intervention

1. Description de l'étude de cas

Le père tue ses deux fils, âgés de 8 et 2 ans, qui sont nés de mères différentes.

La communauté de la petite ville du nord de l'Italie où s'est produit l'événement est désespérée.

L'école en particulier nécessite l'intervention de l'Association pour l'EMDR en Italie pour soutenir les parents, les enseignants et les enfants.

Il est nécessaire de construire un protocole EMDR dans un contexte d'urgence en identifiant avec qui travailler (les différents types de victimes), ce qu'il faut proposer (CISO et groupe EMDR) et quand le proposer.

2. Conditions générales des victimes/groupe

114 enfants âgés de 6 à 10 ans ont été testés à travers

- Échelle d'impact de l'événement révisée par l'enfant - Fondation Enfants et Guerre (1998) : 13 items pour tester l'activation post-traumatique : intrusivité, évitement, hyperarousal, hyperactivité.
- Le thermomètre des émotions, qui permet de tester sur six thermomètres dessinés le niveau de stress, d'anxiété, d'humeur dépressive, de colère, de troubles du sommeil et de besoin d'aide sur une échelle de 0 à 10.

Les valeurs moyennes de l'intrusivité, de l'évitement et de l'hyperexcitation sont respectivement de 7,07 ; 6,72 et 5,93.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Le protocole de traitement peut être très différent en fonction du

1. les ressources disponibles (par exemple, les sauveteurs, les équipes de psychologie d'urgence),
2. les besoins logistiques (par exemple, l'espace, le temps pour se réunir sur les victimes),
3. les caractéristiques de l'événement traumatique (par exemple, accidentel, intentionnel),
4. la nature de l'événement (par exemple, les désastres naturels, les catastrophes, les erreurs humaines, les agressions, les homicides),
5. le niveau d'exposition au traumatisme (par exemple, victimes de premier, deuxième ... sixième type)
6. les objectifs de l'intervention (par exemple, intervention de premiers soins psychosociaux et psychologiques ou intervention axée sur les traumatismes).

Dans ce cas particulier, après une lecture attentive avec le directeur de l'école élémentaire et le coordinateur de l'école maternelle, il a été décidé de proposer :

Dans ce cas particulier, après une lecture attentive avec le directeur de l'école élémentaire et le coordinateur de l'école maternelle, il a été décidé de proposer :

- 2 réunions de psychoéducation du CISO avec les parents et les enseignants des écoles concernées.
- 1 à 3 séances d'EMDR en groupe dans les classes d'enfants de l'école primaire.
- 1 CISD (débriefing) et réunion EMDR de groupe avec les secouristes.
- 1 réunion de groupe EMDR avec le groupe des mères.
- 1 réunion de groupe EMDR avec les victimes secondaires (par exemple, les enseignants, les pères, les grands-parents, le personnel scolaire...).

4. Focus sur le protocole de groupe EMDR : préparation, évaluation et sensibilisation

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Phase 1 Groupe EMDR : de l'histoire et des données cliniques. Construction de la conceptualisation du parcours avec le groupe EMDR.

Phase 2 de la préparation du groupe EMDR.

présentation, psychoéducation sur les réactions aux traumatismes, stabilisation par la respiration profonde, l'ancrage et un lieu sûr.

Phase 3 : évaluation de la mémoire cible. Les quatre quadrants avec dessin et évaluation SUD du trouble.

Phase 4 du groupe EMDR : désensibilisation.

Mouvement bilatéral, câlin papillon et évaluation de la mémoire initiale reproduite sur les trois quadrants suivants en réévaluant le SUD (subjective disturbance unit).

Phase 5 du groupe EMDR : Installation.

Renforcement de l'aspect positif : identifiez une pensée positive ou un sentiment agréable qui a émergé lors des étapes précédentes. Dessinez le sentiment positif au dos de la feuille et choisissez le mot clé. Facultatif : possibilité de partager les mots clés et d'écrire une phrase commune en petits sous-groupes de 4-5 personnes.

Phase 6 du groupe EMDR : Scan corporel. Observez le corps et les principaux points de stress. Proposez l'exercice du "dépoussiérage" ou du "chien hors de l'eau" pour secouer ces points de stress.

Phase 7 de la clôture du groupe EMDR. Compte-rendu de la discussion libre, feedbacks de la session, budget, éléments de psychoéducation, rendez-vous possibles pour les sessions suivantes.

Phase 8 du groupe EMDR : réévaluation du souvenir de la séance précédente par le SUD. Si l'image est perturbante de 0 à 2, il est proposé de modifier le souvenir et de passer à un autre événement perturbant, sinon le travail sur le souvenir précédent est répété.

5. Résultats

Dans l'échantillon post-test, les valeurs moyennes de l'intrusivité, de l'évitement et de l'hyperexcitation sont respectivement de 3,28 ; 3,32 et 3,14. La différence entre les scores moyens avant et après le traitement est statistiquement significative.

À la fin du travail, des évaluations d'un plus grand bien-être ont été recueillies par des méthodes qualitatives telles que des dessins des ressources positives qui ont émergé pendant le travail et un tableau d'affichage construit avec les dessins et les mots-clés des ressources positives.

Source : Maslovaric, G. (2020). EMDR di Gruppo. Insieme Verso il Benessere. Protocolli di Intervento.

Bonne pratique 24

Session de stabilisation pour les psychologues et psychothérapeutes ukrainiens pendant la guerre dans la période Février-mai 2022

Partenaire responsable : Association pour l'EMDR en Italie (Italie)

Auteur : Alessandra D'Abramo, Eugenio Gallina

Mots-clés : Intervention de groupe en urgence, Victimes de type 4° et 5°, Urgences humanitaires à impact global,

1. Description de l'étude de cas

Le 24 février, la Russie commence une campagne militaire en Ukraine. Sous la coordination d'EMDR Europe, l'Association pour l'EMDR en Italie propose des groupes de stabilisation en ligne aux psychologues et psychothérapeutes ukrainiens. L'information sur cette initiative a été diffusée par l'Association EMDR Europe et par les autorités locales (Centre de conseil psychologique et de thérapie du traumatisme "Portes ouvertes"). La participation était volontaire et gratuite, tant pour les participants que pour les animateurs des groupes.

2. Conditions générales des victimes/groupe

Seuls des indicateurs qualitatifs de l'état initial des participants au groupe ont été recueillis. Plus précisément, le SUD (Subjective unit of disturbance) a été collecté au début de la session de stabilisation et à la fin. Sur l'échelle de 0 à 10 de la mesure du trouble, le score moyen de SUD recueilli sur 100 cas dans la phase initiale de l'intervention est SUD < 8 (7,58).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

23 psychothérapeutes italiens de l'Association EMDR en Italie, formés au protocole de groupe EMDR, ont mené des réunions quotidiennes en ligne entre 16h et 17h30 dans la période du 4 mars au 3 mai 2022. 46 sessions impliquant 111 participants de 2 à 5 participants ont été organisées.

Le protocole du groupe EMDR a été fourni :

Phase 1 du groupe EMDR : de l'histoire et des données cliniques. Construction de la conceptualisation du parcours avec l'EMDR de groupe.

Phase 2 de l'EMDR de groupe : préparation. Présentation, psychoéducation sur les réactions aux traumatismes, stabilisation par la respiration profonde, la mise à la terre et un lieu sûr.

Phase 3 : évaluation de la mémoire cible. Les quatre quadrants avec dessin et évaluation SUD du trouble. Les cibles sur lesquelles les participants ont travaillé n'ont pas été verbalisées.

Phase 4 du groupe EMDR : désensibilisation.

Tapping bilatéral, câlin papillon et évaluation de la mémoire initiale reproduite sur les trois quadrants suivants en réévaluant le SUD (subjective disturbance unit).

Phase 5 du groupe EMDR : Installation.

Renforcement de l'aspect positif : identifiez une pensée positive ou un sentiment agréable qui a émergé lors de la phase précédente. Dessinez le sentiment positif au dos de la feuille et choisissez un mot clé. Facultatif : possibilité de partager les mots clés et d'écrire une phrase commune en petits sous-groupes de 4-5 personnes.

Phase 6 de l'EMDR de groupe : Scan corporel. Observer le corps et les principaux points de stress. Proposer l'exercice du "dépoussiérage" ou du "chien hors de l'eau" pour secouer ces points de stress.

Phase 7 EMDR de groupe : clôture. Compte rendu du déroulement de la séance, éléments de psychoéducation, rendez-vous éventuels pour les séances suivantes.

Phase 8 Groupe EMDR : réévaluation de l'image de la rencontre précédente par le SUD. Si l'image est perturbante de 0 à 2, il est proposé de changer l'image et de passer à un autre événement perturbant, sinon le travail sur l'image précédente est répété.

4. Effets

Quelques mots clés que les collègues ont voulu partager lors de la partie sur les ressources positives (phase 5) : les plus récurrents sont les suivants :

- Calme
- Force
- Protection
- Espoir
- Amour

les autres étaient :

- maison, chaleur, mer, joie, gratitude, acceptation, croissance, sérénité, amis, soleil, dignité, fleurs, vie, famille, être vivant, ESPOIR, avenir, renaissance, guérison, victoire

D'autres commentaires ont également été recueillis lors de la phase 7 :

- "Merci de partager ces techniques avec nous"
- "J'ai pu pleurer, j'avais des émotions très fortes, maintenant je me sens plus léger" "la concentration émotionnelle a diminué".
- "J'ai senti une chaleur, j'ai imaginé mes enfants au soleil".
- "Ma ville est occupée par les Russes, il est impossible de quitter la ville, certains sont déportés dans des villes éloignées (de la frontière ukrainienne), ils ont coupé l'électricité et fermé les stations-service et internet, j'ai entendu dire que beaucoup de ceux qui essayaient de s'échapper ces jours-ci ont été tués. Le problème est que nous n'avons pas d'argent et de ressources. Beaucoup étaient du côté de la Russie, mais en voyant ce qui se passait, ils ont compris."
- "Je prie chaque jour pour pouvoir à nouveau serrer dans mes bras mon fils, qui s'est engagé comme volontaire".

Sources : <https://notizie.tiscali.it/salute/articoli/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-profughi-supperto-esperti-locali/>
https://www.adnkronos.com/ucraina-emdr-europe-aiuto-psicologico-a-profughi-e-supperto-a-esperti-locali_6Kj9Cdd6MsBAO3GiHlDI5E

Fernandez I., Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra. Il contributo della terapia EMDR in Rivista di Psicoterapia EMDR, anno XX, settembre 2022, n°42, pp. 27-30

Bonne pratique 25

Psych.E.In. Réunion transnationale Intervention psychologique précoce : Modèles et approches dans les trois phases de la crise

Partenaire responsable : Association pour l'EMDR en Italie (Italie)

Auteur : Serena Zucchi, Francesca Bascialla, Isabel Fernandez

Mots-clés : Formation pour psychologues et psychothérapeutes, victimes, urgences, PTSD, intervention EMDR

1. Scénario

L'intervention psychologique précoce devient une compétence de plus en plus indispensable dans le parcours professionnel du psychologue. Ceci est en grande partie lié à la situation inattendue de la pandémie de Covid 19 et à la guerre en Ukraine, qui ont nécessité de préparer rapidement un très grand nombre de personnes qualifiées pour réduire la détresse psychologique et les traumatismes liés à ces événements.

Psych.E.In. Interventions psychologiques précoces : formation clinique est un projet européen financé par l'appel Erasmus plus KA 202 pour la construction de partenariats stratégiques pour la formation et l'enseignement professionnel sur la période 2020-2023 (numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075). Il découle d'une demande croissante qui a débuté en 2020, pour préparer les psychologues et les psychothérapeutes au travail de terrain urgent de l'intervention psychologique précoce. Le projet est dirigé par l'Université polonaise de Jan Kochanowski de Kielce, partenaire principal, et implique un consortium de six autres partenaires de cinq pays membres de la Communauté européenne : L'Association pour l'EMDR en Italie (IT), Asociace klinických psychologů České republiky (CZ), l'Université de Prescká (SK), l'Institut Alfred Adler de Paris (F), l'Institut d'analyse de groupe d'Athènes (EL) et l'Association culturelle Pixel (IT).

Plus de quarante partenaires associés européens et non-européens (universités, écoles de psychothérapie, associations scientifiques, maisons d'édition scientifique) sont également impliqués, partageant les objectifs du projet et s'engageant à le diffuser auprès de leurs membres, clients et étudiants.

Le consortium Psych.E.In. produit trois résultats intellectuels (R.I.) :

- I.O. 1 : MOOCs, Massive Open Online Courses (cours en ligne ouverts et massifs)
- I.O. 2 : Boîtes à outils
- I.O. 3 : Recueil d'études de cas

Afin de diffuser les hypothèses théoriques et méthodologiques des interventions psychologiques précoces, l'Association pour l'EMDR en Italie a organisé une session de formation ouverte en ligne pour les partenaires et partenaires associés du projet Psych.E.In. du 29 au 31 mai 2022.

2. Participants impliqués

Le cours de formation transnational en ligne s'adresse aux membres du consortium Psych.E.In. et aux partenaires associés. La newsletter, les médias sociaux et les journaux locaux diffusent l'événement.

Analyse des besoins de formation

"Sharing is caring" est la mission qui a inspiré le consortium Psych.E.In. et plus particulièrement l'Associazione per l'EMDR in Italia à la suite de l'analyse des besoins menée parmi ses membres, ceux des partenaires associés et les parties prenantes locales. L'analyse des flux de données sur les besoins en formation, menée à la fois pendant la phase de conception de la proposition de projet et pendant la phase de conception de l'événement de formation, ont été les outils permettant de détecter l'impact potentiel de l'événement.

3. Paramètres de formation

L'événement de formation en ligne était situé dans le cadre de la Psych.E.In. Training Corse organisé à Milan du 31 mai au 1er juin 2022 par l'Association pour l'EMDR en Italie. Le cours comprenait une session en personne à huis clos réservée aux partenaires de Psych.E.In. et une session en ligne avant la soirée ouverte à tous les membres des bénéficiaires concernés. L'événement s'est déroulé en anglais avec une traduction simultanée en italien.

4. Les personnes impliquées

Au total, 1 600 psychologues et psychothérapeutes ont participé à ces trois jours : 800 le premier jour (dimanche) et autant les deux jours suivants.

5. Formateurs : préparation

Le consortium Psych.E.In., à travers la construction des trois cours de formation illustrés (MOOC, Toolkit et Études de cas), entend offrir un cadre transthéorique sur les connaissances, les compétences et les capacités cliniques et organisationnelles de base dans les interventions psychologiques précoces. Dans ce cadre, des experts de différentes approches ont été invités en tant que keynotes pour illustrer les trois phases de l'intervention d'urgence : la phase préalable, la phase aiguë et la phase de suivi.

Plus précisément, la phase d'intervention préalable à l'urgence a été illustrée par Carla Penna, psychanalyste, analyste de groupe (Brésil) et Roger Solomon, directeur d'EMDR USA (USA). La phase aiguë a été décrite par Dorota Merez-Kot, Université de Lodz (Pologne) et Gary Quinn, Institut EMDR (Israël) et la phase de suivi de l'intervention et les résultats ont été décrits par Marina Mojovich, analyste de groupe de formation à Gas Belgrad (Serbie) et Isabel Fernandez, présidente d'EMDR Europe et Italie (Italie).

6. Durée

Trois jours de 16 h 15 à 19 h 00. Heures totales : 8.15

7. Le suivi

Une session de suivi n'a pas été prévue. Les indicateurs d'impact de l'événement ont été collectés par l'enregistrement des accès aux produits intellectuels disponibles en ligne au moment de l'événement : 350 nouveaux accès ont été enregistrés comme utilisateurs après l'événement.

8. Effets : évaluation des résultats d'apprentissage

Satisfaction perçue

Aucun questionnaire de satisfaction n'a été fourni concernant l'événement. Cependant, les commentaires et les questions ont été recueillis par le biais d'un chat ouvert pendant le cours. Chaque intervenant a pu répondre à quelques questions, et les questions restées sans réponse ont été publiées sur la page du projet consacrée à l'événement :

<https://psychein.pixel-online.org/conferences.php>

Résultats

Le cours développe des langages et des approches méthodologiques distincts et complémentaires, ainsi que des outils de gestion pour améliorer le travail en réseau et le travail multidisciplinaire en réponse à différents types de demandes de secours.

Une attention particulière est accordée aux populations vulnérables telles que les enfants, les adolescents, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes souffrant de handicaps physiques et mentaux, ainsi qu'aux secouristes dans les différentes phases de l'intervention : préparation, phase aiguë et suivi.

Les intervenants ont mis l'accent sur les valeurs d'équité, de droits de l'homme et d'accessibilité aux ressources, afin de recréer rapidement un nouvel équilibre dans la vie et dans la communauté après des catastrophes de masse ou des événements critiques, et de soutenir la résilience de la communauté dans toutes les phases d'une crise : phase de pré-crise, phase de crise aiguë et phase de suivi.

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

- Phase de pré-crise : c'est la phase qui précède l'événement critique, elle est fondamentale pour réduire les risques et atténuer l'impact d'une crise.
- Phase de crise aiguë : c'est la phase de la crise qui représente l'essentiel de l'intervention en cas d'urgence, elle varie d'un moment suivant immédiatement l'événement aux 72 premières heures. Dans le cas d'événements récurrents (par exemple, une épidémie), la phase aiguë peut durer plus longtemps.
- Phase de suivi : c'est le moment de capitaliser les leçons tirées de l'intervention d'urgence pour définir les stratégies et politiques futures. La phase de post-crise permet de sensibiliser la communauté à la culture préventive.

Certains protocoles des compétences des psychologues et psychothérapeutes d'intervention développés par le cours et le projet peuvent être significatifs dans le domaine de la santé mentale, de la promotion de la santé publique et de la prévention.

Bonne pratique 26

Restructuration cognitive, SSPT et maladie mentale grave

Partenaire responsable : Université de Presov (Slovaquie)

Auteur : Kim T. Mueser, Jennifer D. Gottlieb, Haiyi Xie et al.

Mots clés : intervention individuelle, Victime 1^o type, différents types de traumatismes, maladie mentale sévère, PTSD, restructuration cognitive.

1. Description de l'événement

Le traitement des réactions post-traumatiques et du TSPT chez les personnes souffrant de maladies mentales graves telles que la schizophrénie ou les troubles bipolaires pourrait être problématique et plus difficile. L'approche TCC est largement appliquée dans le traitement des réactions post-traumatiques et du TSPT et semble être efficace. Une intervention TCC brève (3 sessions) composée d'un réentraînement respiratoire et d'une psychoéducation est souvent appliquée. L'intervention TCC complète (12 à 16 séances) est prolongée, notamment pour la restructuration cognitive. La restructuration cognitive est une technique qui aide les gens à changer leur façon de penser aux choses qui les inquiètent ou les frustrant, en utilisant plusieurs étapes, par exemple la méthode socratique, ou l'identification et la prévention des "erreurs de pensée".

2. Conditions générales du groupe et mesures

201 personnes atteintes d'une maladie mentale sévère telle que la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, la dépression majeure ou le trouble bipolaire, et d'un PTSD basé sur le SCID du DSM-IV ont été randomisées selon l'approche RCT vers une intervention de traitement TCC de 3 séances ou de 12 à 16 séances. Le principal résultat mesuré était la sévérité des symptômes du PTSD (en utilisant le CAPS, Weathers et al., 2013). Les résultats secondaires mesurés étaient la connaissance du PTSD, les cognitions post-traumatiques (PTCI, Foa et al., 1999), l'anxiété (BAI, Beck & Steer, 1993), la dépression (BDI-II, Beck et al., 1996), l'affectivité positive et négative (PANASS, Kay et al., 1987), la qualité de vie (QOLI, Lehman et al., 1995), et le fonctionnement global (GAF, Jones et al., 1995). Les mesures ont été effectuées à la base, après le traitement, et 6 et 12 mois après le traitement.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'intervention en trois sessions a été conçue pour fournir le même réentraînement respiratoire et la même composante éducative que l'approche TCC, mais sans restructuration cognitive. En outre, une vidéo et une discussion sur les causes et la nature du TSPT étaient utilisées. Les interventions de 12 à 16 sessions ont été prolongées pour la restructuration cognitive et après les trois premières sessions identiques, les 8 à 12 sessions restantes se concentrent sur, par exemple, l'identification, l'évaluation et le changement des pensées inexacts et pénibles, y compris les croyances liées au traumatisme.

4. Effets

Cette étude montre que les patients qui ont reçu une TCC complète de 12 à 16 séances avec restructuration cognitive ont connu des réductions significativement plus importantes des symptômes du SSPT, des taux plus faibles de diagnostic du SSPT et des améliorations plus importantes de la connaissance du SSPT, du fonctionnement global et social par rapport aux patients qui ont reçu une TCC brève de 3 séances sans restructuration cognitive.

Référence : Mueser, K. T., Gottlieb, J. D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P. T., Rosenberg, S. D., Silverstein, S. M., Duva, S. M., Minsky, S., Wolfe, R. S., & McHugo, G. J. (2015). Évaluation de la restructuration cognitive pour le trouble de stress post-traumatique chez les personnes atteintes de maladie mentale grave. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, 206(6), 501-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>

Bonne pratique 27

Restructuration cognitive et modification de l'imagerie

Partenaire responsable : Université de Presov (Slovaquie)

Auteur : Regina Steil, Kerstin Jung, Ulrich Stangier

Mots clés : intervention individuelle, Victime 1^{er} type, urgences sociales humanitaires, abus sexuels sur enfants, PTSD, restructuration cognitive et modification de l'imagerie.

1. Description de l'événement

L'abus sexuel dans l'enfance (ASE) est un événement traumatique qui entraîne souvent des problèmes de santé mentale à l'âge adulte. Dans la pratique clinique, il est démontré que de nombreux survivants de CSA souffrent d'un sentiment de contamination (FBC). Les survivants de CSA, par exemple, peuvent se sentir dégoûtés lorsqu'ils touchent, regardent ou pensent à leur propre corps. En outre, les survivants de CSA s'inquiètent souvent que les autres puissent voir qu'ils ont été abusés. La restructuration cognitive est une approche efficace pour corriger l'évaluation dysfonctionnelle des patients en rapport avec le FBC. La modification de l'imagerie est efficace pour modifier les associations stockées implicitement et liées aux réactions affectives.

2. Conditions générales du groupe et mesures

L'étude porte sur neuf patientes répondant aux critères d'inclusion suivants : être âgées de 18 à 65 ans ; souffrir d'un TSPT mesuré par un entretien clinique selon le DSM-IV ; souffrir d'un FBC - opérationnalisé comme le fait de se sentir sale à cause de la CSA, d'être dégoûtées par leur propre corps ou par des parties du corps liées au traumatisme, ou d'être convaincues qu'il y a encore des restes de fluides corporels de l'agresseur dans leur corps ; survivre à une CSA définie selon l'American Psychological Association - CSA comme une agression sexuelle sur un mineur ou une activité sexuelle entre un mineur et une personne plus âgée, la personne plus âgée utilisant sa position dominante pour contraindre ou forcer la personne plus jeune. Les critères d'exclusion étaient les suivants : bénéficier d'une intervention psychologique au moment de l'étude ; diagnostic à vie de schizophrénie, de trouble schizo-affectif ou de trouble bipolaire selon le DSM-IV ; indice de masse corporelle inférieur à 16,5 ; toxicomanie au cours de l'étude ; retard mental.

À trois reprises - a) avant l'intervention, b) après l'intervention, c) six semaines après l'intervention - on a mesuré, à l'aide d'échelles d'auto-évaluation, l'intensité, la vivacité et le caractère incontrôlable du FBC, la détresse liée au FBC ainsi que les symptômes du PTSD selon le PDS (Griesel et al., 2006).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'intervention comprend une session de traitement et une session de rappel. Au cours de la première séance d'intervention : a) le thérapeute et le patient examinent les caractéristiques du FBC ; b) le patient instruit par le thérapeute fait ses propres recherches sur internet sur la fréquence à laquelle les cellules dermiques et celles liées au traumatisme du patient ont été complètement reconstruites depuis le dernier contact avec l'agresseur ; c) discussion de ces informations avec un thérapeute ; d) développer sa propre imagerie du renouvellement de la peau ; e) activation guidée du FBC et des images de détresse qui y sont liées et utilisation de sa propre imagerie idiosyncrasique du renouvellement de la peau ; f) comme devoir - au moins une fois par jour pendant une période de sept jours, écouter un enregistrement de la session de modification de l'imagerie guidée et compléter les protocoles de devoirs.

Lors de la session de rappel (environ 11 jours après la session de traitement), les effets du traitement, les problèmes d'utilisation de la méthode et la mise en œuvre dans la vie quotidienne ont été discutés.

4. Effets

Cette étude montre une diminution significative de l'intensité, de la vivacité, de l'incontrôlabilité du FBC, de la détresse liée au FBC, ainsi que des symptômes du PTSD avec une taille d'effet importante (le d de Cohen varie de 0,99 à 2,79) en comparant les mesures avant et après six semaines.

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Référence : Steil, R., Jung, K., & Stangier, U. (2011). Efficacité d'un programme de deux sessions de restructuration cognitive et de modification de l'imagerie pour réduire le sentiment d'être contaminé chez les adultes survivants d'abus sexuels dans l'enfance : une étude pilote. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(3), 325-329. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.01.008>

Bonne pratique 28

Thérapie d'acceptation et d'engagement dans les cas de SSPT résistant au traitement

Partenaire responsable : Université de Presov (Slovaquie)

Auteur : Michael P. Twohig

Mots clés : intervention individuelle, Victime 1^o type, divers types de traumatismes, résistant au traitement, PTSD, acceptation et engagement

1. Description de l'événement

Le traitement et l'intervention basés sur la TCC pour le TSPT montrent des tailles d'effet pré-traitement-post-traitement importantes et semblent être efficaces pour réduire les symptômes du TSPT chez presque deux tiers des personnes souffrant de ces problèmes de santé mentale (Bradley et al., 2005). Chez un tiers des survivants de traumatismes présentant des problèmes liés au SSPT, il est nécessaire de rechercher un autre traitement qui puisse être efficace pour eux. La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; Hayes et al. 1999) a fait l'objet d'une attention accrue en tant qu'approche thérapeutique qui pourrait être utile pour les personnes qui résistent aux approches TCC standard. L'ACT élargit l'approche traditionnelle de la TCC en ciblant la fonction des pensées, des sentiments et des sensations corporelles à l'aide de procédures d'acceptation et de pleine conscience.

2. Conditions générales du groupe et mesures

L'effet de l'ACT a été examiné chez Tracy, une femme caucasienne de 43 ans qui a suivi plusieurs séances de psychothérapie avec trois thérapeutes différents au cours des 20 dernières années. Pendant son enfance, Tracy a été maltraitée par sa mère et son père a abusé de l'alcool. Tracy a été victime de violences physiques et verbales régulières et imprévisibles de la part de sa mère. À la suite de ces abus, elle a eu des flashbacks, des souvenirs et des rêves intrusifs de ces abus, a souffert de détresse psychologique, d'hyperexcitation et d'autres symptômes liés au SSPT. Elle a suivi 20 séances individuelles d'une heure de TCC pour le TSPT, après quoi elle a montré une réduction graduelle de la sévérité du TSPT pendant la thérapie, mais la réduction n'était pas cliniquement significative et elle était revenue aux niveaux de pré-traitement à la fin du traitement. Elle a donc été définie comme une patiente résistante au traitement traditionnel du SSPT. Au départ, Tracy a été diagnostiquée avec un PTSD, un trouble dépressif majeur (MDD), un MDD récurrent et un trouble de l'alimentation en rémission complète en utilisant le SCID selon le DSM-IV. Avant de commencer l'ACT, Tracy a rempli des mesures autodéclarées : anxiété (BAI ; Beck et al., 1988), dépression (BDI-II ; Beck, 1996), PTSD (PCL-C ; Ruggiero et al., 2003), flexibilité psychologique (AAQ ; Hayes et al., 2004) et cognitions post-traumatiques (PTCI ; Foa et al., 1999). Les mesures auto-rapportées ont également été mesurées après la 8ème session, la 16ème session et le post-traitement (après 21 sessions).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

Tracy a été initialement engagée pour 12 séances d'ACT pour le PTSD avec l'accord que des séances supplémentaires pourraient être ajoutées si l'ACT lui était utile. Les deux premières séances ont permis à Tracy de comprendre que ses tentatives de contrôle des pensées, des émotions et des sensations corporelles (expériences intérieures) étaient généralement infructueuses et qu'elles nuisaient à sa qualité de vie. Au cours des deux séances suivantes, Tracy a remarqué qu'elle essayait constamment de contrôler ses expériences intérieures par l'évitement et le dialogue avec elle-même. À partir de la cinquième séance, l'intervention s'est concentrée sur l'acceptation et les processus de pleine conscience, tels que l'acceptation, la défusion, le soi comme contexte et la présentation. Tracy a commencé par des exercices d'acceptation, de défusion et d'engagement comportemental. À partir de la 10ème session, Tracy a continué à faire ces exercices et à chaque session, elle a passé en revue avec le thérapeute sa semaine et a discuté des endroits où ses expériences intérieures l'empêchaient de s'engager dans des activités significatives. Les séances 17 à 21 étaient des séances de maintien avec une présence toutes les trois semaines, ce qui facilite la transition entre les deux traitements.

4. Effets

Les résultats ont montré une réduction significative de toutes les mesures tout au long du traitement, à l'exception des pensées et croyances liées au traumatisme, qui n'ont pas diminué jusqu'à la fin du traitement.

Référence : Twohig, M.P. (2009). La thérapie d'acceptation et d'engagement pour le trouble de stress post-traumatique résistant au traitement : A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 243-252.

Bonne pratique 29

Thérapie conjointe cognitivo-comportementale et Croissance post-traumatique

Partenaire responsable : Université de Presov (Slovaquie)

Auteur : Anne C. Wagner, Lindsey Torbit, Tiffany Jenzer et al.

Mots clés : intervention individuelle, Victime 1^{er} type, différents types de traumatismes, PTSD, croissance post-traumatique, satisfaction relationnelle.

1. Description de l'événement

Survivre à un traumatisme conduit à un niveau plus élevé de détresse psychologique et, chez certaines personnes, à de graves problèmes de santé mentale tels que le SSPT. D'autre part, survivre à un traumatisme et lutter contre celui-ci peut conduire la personne à des changements positifs. Ces changements positifs sont définis comme la croissance post-traumatique (CPT). Pendant le traitement du traumatisme, le soutien social est important. Le soutien social est l'une des sources qui pourraient aider à réduire les symptômes du SSPT et à faciliter la croissance post-traumatique. La thérapie cognitivo-comportementale étendue à l'amélioration du fonctionnement des relations intimes (CBCT ; Monson & Fredman, 2012) semble être efficace pour faire face aux réactions post-traumatiques.

2. Conditions générales du groupe et mesures

40 couples intimes recrutés dans une clinique externe du U.S. Veteran's Affairs et dans un centre de recherche universitaire ont été répartis au hasard en deux groupes : un groupe recevant le CBCT et un groupe sur liste d'attente de 3 mois. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 18-75 ans ; l'un des partenaires devait répondre aux critères de diagnostic du PTSD actuel selon le CAPS (Blake et al., 1995). Les critères d'exclusion étaient les suivants : comportement suicidaire, homicide ou auto-mutilation imminente au cours des six derniers mois, critères diagnostiques d'une dépendance actuelle à une substance, trouble psychotique ou bipolaire non contrôlé évalué par le SCID du DSM-IV, les deux partenaires répondant aux critères de l'ESPT actuel, ou approbation d'une agression sexuelle ou physique grave par un partenaire intime au cours des douze derniers mois. Au départ, au milieu du traitement, après 4 semaines d'attente et après 12 semaines d'attente, on a mesuré le TSPT à l'aide du CAPS, le PTG à l'aide du PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) et la satisfaction relationnelle à l'aide du DAS (Spanier, 1976).

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

La thérapie conjointe cognitivo-comportementale pour le TSPT (CBCT) a été appliquée comme intervention cible. La CBCT est une thérapie conjointe en trois phases, 15 sessions, manualisée et axée sur les traumatismes, conçue pour réduire simultanément les symptômes du TSPT et améliorer le fonctionnement des relations intimes (Monson & Fredman, 2012). Dans la première phase, le protocole de traitement et sa justification sont présentés, et une psychoéducation sur les symptômes du SSPT et les relations est fournie. La deuxième phase est axée sur l'amélioration de la communication, la diminution de l'engourdissement et de l'évitement des émotions associés au SSPT et l'augmentation de la satisfaction dans la relation. La troisième phase vise à donner un sens à l'événement traumatique en le réévaluant pour parvenir à une interprétation adaptative de l'événement. En outre, le traitement implique la réalisation de travaux entre les séances afin de faciliter l'acquisition de compétences et, lors de l'une des dernières séances, le PTG et ses obstacles sont discutés.

4. Effets

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Cette étude montre que le CBCT pour le PTSD, réduit les symptômes du PTSD, améliore la satisfaction de la relation, et facilite le PTG, même avec un accent limité sur le PTG dans cette intervention conjointe.

Référence : Wagner, A. C., Torbit, L., Jenzer, T., Landy, M. S., Pukay-Martin, N. D., Macdonald, A., Fredman, S. J., & Monson, C. M. (2016). Le rôle de la croissance post-traumatique dans un essai contrôlé randomisé de thérapie conjointe cognitivo-comportementale pour le TSPT. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 379-383. <https://doi.org/10.1002/jts.22122>

Bonne pratique 30

Intervention cognitivo-comportementale pour le SSPT et la croissance post-traumatique

Partenaire responsable : Université de Presov (Slovaquie)

Auteur : Christine Knaevelsrud, Alexandra Liedl, Andreas Maercker

Mots clés : intervention individuelle, Victime 1^o type, différents types de traumatismes, PTSD, croissance post-traumatique, intervention cognitivo-comportementale.

1. Description de l'événement

L'expérience d'un événement traumatique peut entraîner l'effondrement des croyances fondamentales liées au monde, aux autres et à soi-même. Ce type d'expérience peut entraîner des changements négatifs importants dans la santé mentale, par exemple des réactions post-traumatiques telles que le SSPT, la dépression ou l'anxiété. L'effondrement des croyances fondamentales peut également entraîner des changements positifs, connus sous le nom de croissance post-traumatique (CPT). Une approche cognitivo-comportementale, en particulier les séances axées sur la restructuration cognitive, semble efficace pour reconstruire et redéfinir les croyances fondamentales ébranlées et contribuer au rétablissement après un traumatisme et à l'augmentation de la résilience.

2. Conditions générales du groupe et mesures

Quatre-vingt-seize participants âgés de 18 à 68 ans, ayant vécu un événement traumatique survenu au moins un mois avant le traitement et répondant aux critères du DSM-IV pour l'ESPT, ont été assignés au hasard au traitement ou à une condition de contrôle sur liste d'attente. Au départ et après le traitement, les réactions au stress post-traumatique (IES-R ; Weiss & Marmar, 1997) ; la dépression et l'anxiété (BSI ; Derogatis, 1992) ; la croissance post-traumatique (PTGI ; Tedeschi & Calhoun, 1996) ; l'optimisme (LOT-R ; Scheier et al., 1994) ; l'ouverture à l'expérience (NEO-PI-R ; Costa & McCrae, 1992) ont été mesurés.

3. Intervention : se concentrer sur la méthode

L'intervention comprenait trois phases de traitement : (1) l'autoconfrontation, (2) la reconstruction cognitive, (3) le partage social et un rituel d'adieu. Dans la première phase, les patients ont été informés du mécanisme d'exposition et ont reçu pour instruction de décrire et d'écrire les images et les pensées les plus douloureuses liées au traumatisme. Ils devaient écrire à la première personne et au présent et donner une description détaillée de tous les détails sensoriels qu'ils avaient ressentis lors des événements traumatiques. Dans la deuxième phase, les patients ont reçu une psychoéducation sur les principes de la restructuration cognitive. L'objectif de cette phase était de former une nouvelle perspective sur l'événement traumatique et de retrouver un sentiment de contrôle. Les participants ont écrit une lettre de soutien à un ami imaginaire qui avait vécu la même expérience. Ils devaient refléter les sentiments de culpabilité et de honte, remettre en question les schémas de pensée et de comportement automatiques dysfonctionnels et corriger les hypothèses irréalistes. Dans la troisième phase, les patients ont reçu une psychoéducation sur les effets positifs du partage social. Dans une dernière lettre, ils ont pris congé symboliquement de l'événement traumatique. Les patients résumaient ce qui leur était arrivé, réfléchissaient au processus thérapeutique et décrivaient comment ils allaient faire face à la situation maintenant et à l'avenir.

4. Effets

Cette étude montre que le fait de recevoir une intervention cognitivo-comportementale conduit à une augmentation significative de la croissance post-traumatique et aide à améliorer les symptômes des réactions post-traumatiques qui prédisent significativement la croissance post-traumatique après le traitement. L'effet de l'intervention cognitivo-comportementale sur des facteurs plus stables (optimisme et ouverture à l'expérience) n'a pas été observé.

Numéro de projet : 2020-1-PL-KA202-082075

Référence : Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effet d'une intervention basée sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sur la résilience et l'épuisement professionnel chez les infirmières travaillant dans les services de soins intensifs. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295.