

Psychotraumatologie Centrée Compétences

Cercle de Compétences
Mars 2019

Laetitia De Schoutheete
Catherine Jobin

Objectifs généraux de ce premier module

Travailler dans un référentiel centré compétences afin de développer des connaissances plus approfondies:

- Concernant le traumatisme psychique et ses impacts physiologiques
- A propos de l'acquisition d'outils de stabilisation

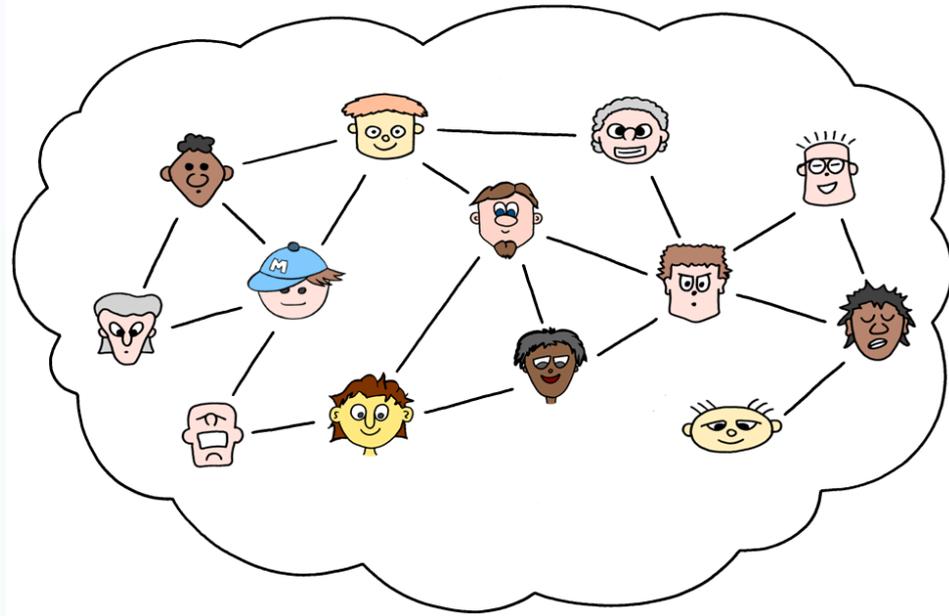
Objectifs pour ces trois jours

- **Jour 1: Esprit psychotraumatologie centrée compétences : cadre de travail et fondements théoriques**
- **Jour 2 : Etablir la sécurité et le lien – Outils de stabilisation**
- **Jour 3: Installation de ressources et le débriefing centré compétences**

Aujourd'hui: **Esprit de la psychotraumatologie centrée compétences : cadre de travail et fondements théoriques**

- La thérapie orientée compétences
- Les questions de survie
- Le traumatisme psychique et la mémoire traumatique
- Les neurones miroirs
- La fenêtre de tolérance
- La cohérence cardiaque

Présentations...



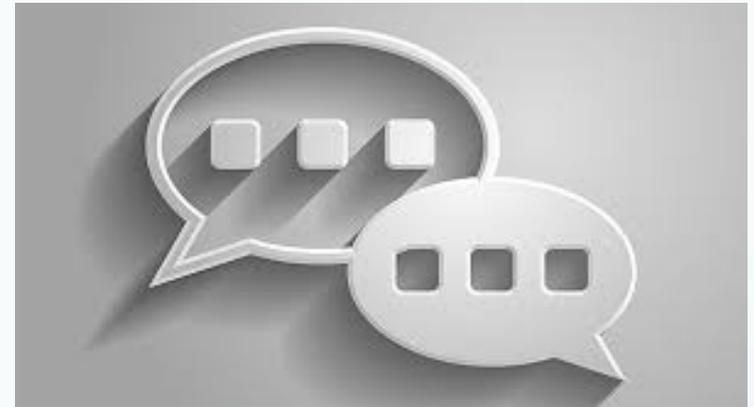
- Pour moi, cette formation sera réussie si....

VOS ATTENTES 1/

- Pouvoir mieux accompagner les femmes qui viennent me voir
- Être en lien et juste
- Besoin d'outils pour travailler avec les personnes de l'association et approfondir ses connaissances
- En recherche d'outils pratiques de stabilisation et de compréhension dans le champ de la psychotraumatologique et des maltraitances
- Recherche d'outils pour renforcer sa pratique
- S'ouvrir à d'autres approches pour enrichir sa pratique
- Envie d'outils concrets en lien avec la théorie
- Outils pratiques et concrets pour aider les patients qui viennent la voir

Positionnement thérapeutique

- Expertise partagée
 - Le thérapeute est expert en thérapie en général
 - La personne, le client, le patient, le couple, la famille: expert de sa vie, dans son contexte
 - La personne supervisée: experte de sa pratique



Positionnement thérapeutique

- Responsabilité partagée
- Thérapeute est responsable
 - d'un cadre sécurisant
 - du processus permettant un travail dans de bonnes conditions
- La personne est responsable
 - Du contenu à travailler
 - Des changements dans sa vie



Positionnement thérapeutique

Créer un cadre sécurisant

■ L'échelle de sécurité :

« sur une échelle allant de

1 = je ne suis pas du tout en
sécurité

à

10 = j'éprouve le plus fort sentiment
de sécurité que je puisse imaginer,

À combien êtes-vous maintenant ?

**En tant que thérapeute, que puis-je
faire pour augmenter votre sentiment de
sécurité ?**



A quoi être attentif pour créer un lien avec des personnes traumatisées : retour groupes

- Je fais attention à laisser la liberté de parole dans l'entretien (contexte de migration): possible de parler d'autre chose que du trauma
- Attention portée à la gestuelle, au non-verbal, aux pauses, à ce que la personne laisse entrevoir (l'indicible)
- Observer la posture de la personne (fermée ou ouverte), sa voix etc.
- Attention à la façon dont la personne prend possession de l'espace, comment elle entre en rapport avec le lieu. Dans tout ce qui se joue et n'est pas dit
- J'essaie d'être attentive à ma propre stabilisation /fenêtre de tolérance, pour qu'en résonance les gens soient le plus tranquilles possibles. Je pratique la cohérence cardiaque également. Pour ne pas être pris dans la fascination de ce que les autres ont vécu.

A quoi être attentif pour créer un lien avec des personnes traumatisées : retour groupes

- A domicile, attention portée à l'espace. Au bureau, attention portée à l'espace à l'accueil, à offrir quelque chose à boire.
- J'exprime le fait d'être au même niveau que les gens que je rencontre (personnes malades), cela met les gens en confiance. Posture : leur histoire n'est pas la mienne, allers et retours entre leur histoire et la mienne. Je choisis les moments où je me sens d'aplomb.
- Accueil « familial » en association, les gens peuvent se sentir plus vite à l'aise.
- J'entends leur discours souvent dans tous les sens et de formaliser ce qu'il y a au-delà de ce discours de façade.
- Je me rends prédictible, en expliquant le déroulement des choses.

Centré sur les solutions? Centré sur les traumatismes?

Que nous enseigne la psychologie sociale?

- La prophétie auto-réalisatrice (Merton 1948)
- Mark SNYDER : l'influence sociale
quels facteurs contribuent à quel degré à l'influence sociale?
- Expérience minimaliste (Snyder 1984): trouver une ligne de base en excluant tous les facteurs possibles: âge, sexe, statut social, apparence, langue, difficulté de la tâche... et où rien ne se passe

Etude de Snyder: dispositif



A = Parle à B au tél



B = Ecoute en silence



C = Juge la performance de A à l'aide de questionnaires

A, B et C ne se connaissent pas et dans des pièces différentes.

A (cible) est filmé et a pour mission de se présenter à quelqu'un au téléphone, qui se contente juste de l'écouter.

B (celui qui perçoit) doit écouter sans répondre

C (observateur) visionne le film de A et doit juger de sa performance à l'aide de questions contenues dans un questionnaire plus large

Etude de Snyder



A = Parle à B au tél



B = Ecoute en silence



C = Juge la performance de A à l'aide de questionnaires

Conditions expérimentales :

Condition 1 :

L'expérimentateur dit à B que A est brillant.

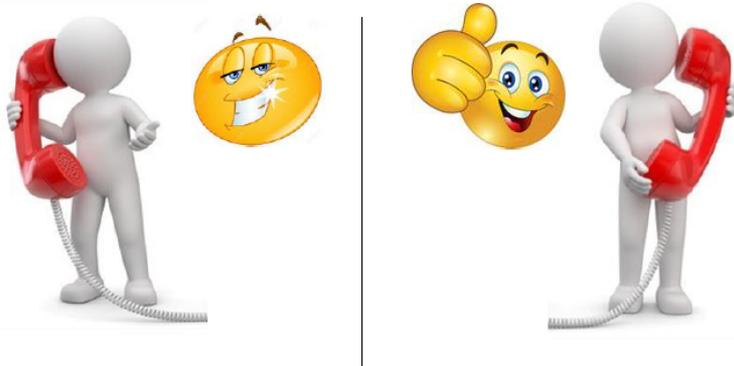
Condition 2 :

L'expérimentateur dit à B que A n'est pas brillant.

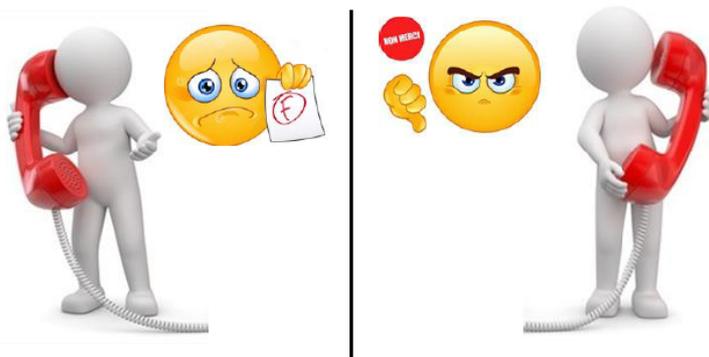
A et C ne savent pas ce qui est dit à B

Etude de Snyder

Condition 1 : A est brillant



Condition 2 : A n'est pas brillant



Résultats :

Condition 1 : A se comporte de manière brillante (selon C)

Condition 2 : A perd ses moyens (selon C)

Question :

Comment est-il possible d'influencer sans interaction ?

Rien que le fait d'écouter en ayant une attente a un effet sur la personne concernée.

Donc, ce que pense le thérapeute, ce qu'il attend de la personne, a un effet sur elle.

Etude de Snyder

2 types de conséquences

à partir des attentes

(Snyder & Stukas, 1999):

- a) Confirmation perceptuelle des attentes dans l'esprit de celui qui perçoit (les impressions de celui qui perçoit de celui qui se présente)
- b) Confirmation comportementale des attentes par les actions de celui qui se présente au cours de l'interaction (comme il a été documenté par des juges tiers de la performance de celui qui se présente).



HYPOTHÈSES DE TRAVAIL UTILES CONCERNANT LES ENFANTS (D'APRÈS T.STEINER & I.K.BERG)

■ **En principe, les enfants souhaitent:**

- Que leurs parents soient fiers d'eux
- Faire plaisir à leurs parents et à d'autres adultes
- Être acceptés comme faisant partie d'un groupe social
- Être actifs et impliqués dans des activités avec d'autres personnes
- Apprendre de nouvelles choses
- Être surpris et surprendre d'autres personnes
- Exprimer leurs opinions et leurs choix
- Faire des choix si l'opportunité leur en est donnée

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL CONCERNANT LES PARENTS (I.K.BERG & T.STEINER)

■ En principe, les parents souhaitent peut-être:

- Être fiers de leur enfant
- Avoir une influence positive sur leur enfant
- Entendre de bonnes nouvelles au sujet de leur enfant et dans quels domaines leur enfant se débrouille bien
- Donner à leur enfant une bonne éducation et de bonnes chances de succès dans leur vie (quelle que soit la manière dont ils le définissent)
- Voir le futur de leurs enfants meilleur que le leur
- Avoir de bonnes relations avec leur enfant
- Avoir de l'espoir pour leur enfant
- Ressentir qu'ils sont de bons parents

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL CONCERNANT LES PROFESSIONNELS/INSTITUTEURS (FERDINAND WOLF INSPIRÉ PAR INSOO KIM BERG)

■ **En principe les professionnels / instituteurs souhaitent peut-être:**

- Être fiers de l'effort de leurs clients / élèves
- Avoir une influence positive sur leurs clients / élèves
- Donner à leurs clients / élèves une bonne prestation / éducation et de bonnes chances pour le futur (quelle que soit la manière dont ils le définissent)
- Aider et soutenir leurs clients / élèves dans le processus d'apprentissage et de socialisation dans la vie / l'organisation / l'école
- Avoir une bonne relation avec leurs clients / élèves et leurs proches
- Renforcer les habiletés et les compétences de leurs clients / élèves
- Avoir de l'espoir concernant leurs clients / élèves
- Coopérer avec d'autres professionnels, s'ils sont respectés comme experts dans leur contexte
- Ressentir qu'ils sont de bons professionnels / instituteurs

HYPOTHÈSES DE TRAVAIL POUR TRAVAILLER AVEC DES PERSONNES EN THÉRAPIES, DISSOCIATIVES OU NON (H.DELLUCCI INSPIRÉE PAR BERG & STEINER)

- **Les personnes en thérapie souhaitent peut-être:**
 - Être reconnues pour le motif de leur consultation
 - Être acceptées en tant qu'eux-mêmes, juste comme ils sont, même s'ils ont des difficultés à s'accepter eux-mêmes comme ils sont
 - Faire des choix, s'ils en reçoivent l'opportunité
 - Faire savoir leurs opinions et leurs choix, pourvu qu'on leur pose la question
 - Être actifs et impliqués (qu'ils résistent ou qu'ils aillent de l'avant)
 - Apprendre de nouvelles choses
 - Avoir une influence positive sur eux-mêmes (et leurs parties dissociatives) et leur entourage
 - Entendre de bonnes nouvelles sur eux-mêmes et quels sont leurs talents (même s'ils ont des difficultés à le reconnaître officiellement)
 - Avoir de l'espoir
 - Être acceptés en tant que partie d'un tout (groupe, famille, communauté, dispositif thérapeutique)

Choisir ses représentations en tant que thérapeute...

- La prophétie auto-réalisatrice a été démontrée dans des interactions réelles ou simulées, c'est à dire entre des thérapeutes et leurs clients (Copeland & Snyder, 1995)
- Surtout chez les survivants, qui ont encore plus que d'autres, des antennes sensibles pour leur intégrité physique/psychologique

La thérapie orientée compétences

Conception ericksonienne de la thérapie

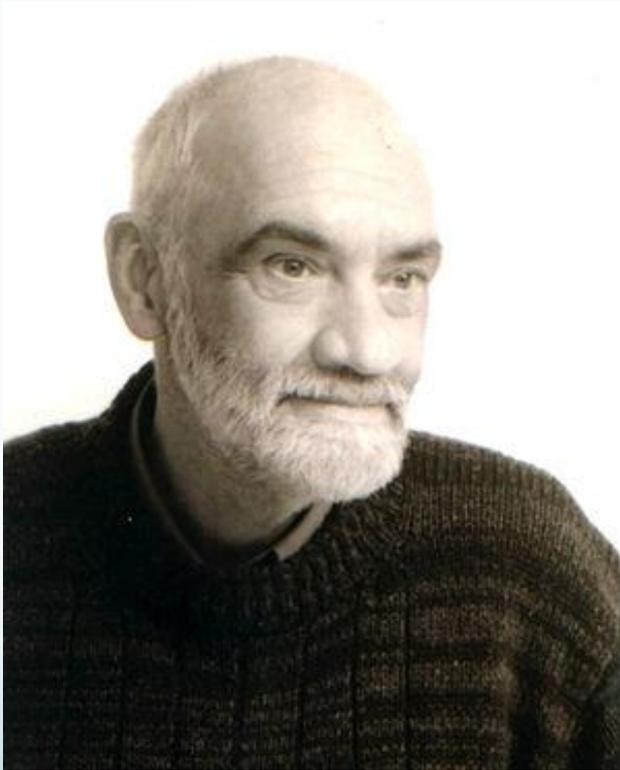
« Chaque personne est unique. La psychothérapie devrait donc être conçue de manière à satisfaire l'originalité des besoins d'un individu, plutôt que d'ajuster la personne au lit de Procruste d'une théorie hypothétique du comportement humain »

Zeig & Gilligan 1990

Présupposés

- Le changement est inévitable
- Les patients ont les ressources pour changer.
- L'avenir n'est pas écrit.

Steve de Shazer



- Fondateur du SFBTC (Solution Focused Brief Therapy Center) de Milwaukee en 1978
- « Could it be that simple? », principe du rasoir d'Ockham
- Conceptualisation du modèle
- Le développement des solutions, dans une perspective ericksonienne

Insoo Kim Berg



- L'art de faire des compliments
- La question miracle
- La position basse ou l'art du non-savoir
- Les clients résistants n'existent pas
- WOWW (à l'école)
« Working on what works »

Yvonne Dolan



- Elève et collègue de Steve et Insoo
- Application du modèle avec des personnes traumatisées complexes
- Création d'outils alliant hypnose ericksonienne et thérapie orientée compétences

Luc Isebaert



- Création du Modèle de BRUGES, avec M.-C. CABIE en 1997
- Le choix comme éthique d'intervention
- Limitation ou problème ?
- Niveaux de relations thérapeutiques
- Théorie des habitudes

Marie Christine Cabié



- Création du Modèle de BRUGES, avec L. Isebaert en 1997
- Lien de la thérapie solutionniste avec la thérapie familiale
- Génogramme solutionniste
- Utilisation des questions de survie

Hélène Dellucci



- Prises en charge de personnes traumatisées complexes, troubles dissociatifs
- Psychotraumatologie centrée compétences
- Le protocole des lettres
- La boîte de vitesse

La thérapie brève centrée sur les solutions

De Shazer (1985,1991), Isebaert (1997, 2005)

- C' est la personne, la famille, le couple qui est expert de sa vie, et donc de sa thérapie en particulier. Le thérapeute est expert de la thérapie en général. Les deux peuvent devenir co-thérapeutes afin d' ajuster la thérapie en général à cette situation particulière
- Ne réparez pas ce qui n' est pas cassé. La personne va déterminer ce qui est cassé et ce qui a besoin d' être changé, ainsi que le moment où elle voudra y travailler.

La thérapie brève centrée sur les solutions

De Shazer (1985,1991), Isebaert (1997, 2005)

- Si quelque chose ne marche pas, arrêtez, faites quelque chose de différent.
- Si quelque chose marche, faites-en davantage.
- Aucun problème ne se produit tout le temps: il y a toujours des exceptions qui **sont** utiles.
- Les solutions ne sont pas nécessairement, ni directement liés au(x) problème(s).
- Le langage des solutions est différent de celui qui est nécessaire pour décrire les problèmes.

La thérapie brève centrée sur les solutions

De Shazer (1985,1991), Isebaert (1997, 2005)

- Le futur est à la fois créé et négociable.
- Conduire en restant un pas en arrière: le thérapeute est responsable du cadre et le processus thérapeutique, la personne est responsable du contenu et des résultats. Faire à la place du patient, c'est perdre une occasion qu'il apprenne à le faire lui-même

La thérapie brève centrée sur les solutions

De Shazer (1985,1991), Isebaert (1997, 2005)

- Allez-y lentement : de petits pas peuvent mener à de grands changements: une approche minimaliste pour construire des petites étapes gérables (échelles): cela créé une dynamique de succès et évite la disqualification, ce qui diminue les sentiments d' échec, qui sont souvent très forts.

Le Modèle de Bruges de la relation thérapeutique

- Y a-t-il une demande travaillable (limitation ou problème?)
 - Non = **relation non engagée**
 - Oui = allez à la prochaine étape
- La/les personne-s est/sont-elle-s prête-s à se mettre au travail?
 - Non = **relation de recherche**
 - Oui = allez à la prochaine étape
- La/les personne-s est/sont-elle-s consciente-s de ses/leurs ressources?
 - Non = **relation de consultance**
 - Oui = **relation de co-thérapie**

Le Modèle de Bruges en psychotraumatologie orientée compétences

- Y a-t-il une demande travaillable (limitation ou problème?)
 - Non = **relation non engagée**
=> **travailler la SECURITE**
 - Oui = allez à la prochaine étape
- La/les personne-s est/sont-elle-s prête-s à se mettre au travail?
 - Non = **relation de recherche**
=> **travailler l'ATTACHEMENT**
 - Oui = allez à la prochaine étape
- La/les personne-s est/sont-elle-s consciente-s de ses/leurs ressources?
 - Non = **relation de consultance**
=> **travailler l'AUTONOMIE**
 - Oui = **relation de co-thérapie**

...sur quoi devons-nous d'abord centrer notre attention avec des survivants de traumatismes?

Etre en thérapie est la preuve que la personne a survécu: regardez d'abord ces compétences existentielles, avant d'explorer tout problème ou possible traumatisme:

COMMENT AVEZ VOUS FAIT (concrètement) POUR SURVIVRE?

COMMENT AVEZ-VOUS FAIT, POUR ETRE EN MESURE DE RACONTER TOUT CE QUE VOUS AVEZ TRAVERSE?

...et les couples?

Posez d'abord la question de la survie aux personnes individuellement, ensuite explorez la dimension du couple: (avoir survécu = être toujours dans une relation de couple, même si elle est insatisfaisante)

- Comment votre couple a-t-il survécu à tous ces événements?
- Comment vous êtes-vous soutenus l'un l'autre? Quel a été votre propre style?

...et les familles?

Poser d'abord la question de survie aux personnes individuellement, ensuite explorez la dimension familiale: (avoir survécu = avoir été capable d'avoir des enfants: "avoir produit" la génération suivante, même si non satisfaisante)

- Malgré les possibles catastrophes (inceste, suicide, violences ...) comment votre famille a-t-elle fait pour assurer la génération suivante?
- Explorer les loyautés entre les membres de la famille

Traumatismes:

L'événement traumatique constitue (Joss, 2017)

- une **menace pour la vie**
- une **menace pour l'intégrité physique et/ou mentale**

Avec sur le plan des émotions une peur intense, un sentiment d'impuissance, d'horreur, de honte

Symptômes pathognomoniques face à un traumatisme:

- les reviviscences
- les conduites d'évitement
- l'activation neurovégétative

Traumatismes:

Critères de l'ESPT selon le DSM-V (APA 2013)

- Symptômes d'intrusion
- Evitements
- Altérations négatives des cognitions et de l'humeur
- Altérations de l'activation physiologique et de la réactivité

Prévalence:

- 90% de la population soumise à un événement potentiellement traumatique, **7-14%** développeront ESTP (Wittmer Godard, 2013)

La maltraitance infantile

- Elle ne consiste pas en un seul événement, mais a été reconnue comme un **processus complexe**, inséré dans un contexte de négligences sévères, de déprivation et d'invalidation émotionnels (Briere, 1996; Chu, 1998).
- Elle est faite:
 - **D'actes commis:** maltraitance sexuelle, physique, émotionnelle, témoin de violence.
 - **Et d'actes d'omissions:** besoin physique et émotionnel non pris en compte ni respecté, absence parentale, défaut de protection, séparation dans l'enfance.

Ces maltraitements ont des effets profonds sur

- Le développement cognitif, affectif et psychosocial
- Un sentiment inadéquat de soi
- Des schèmes cognitifs altérés
- Des déficits dans la capacité à réguler ses affects et à contrôler son impulsion
- Des problèmes pour former/maintenir des attachements sécurisés à l'âge adulte

=> Traumatisme complexe

Un regard centré compétences

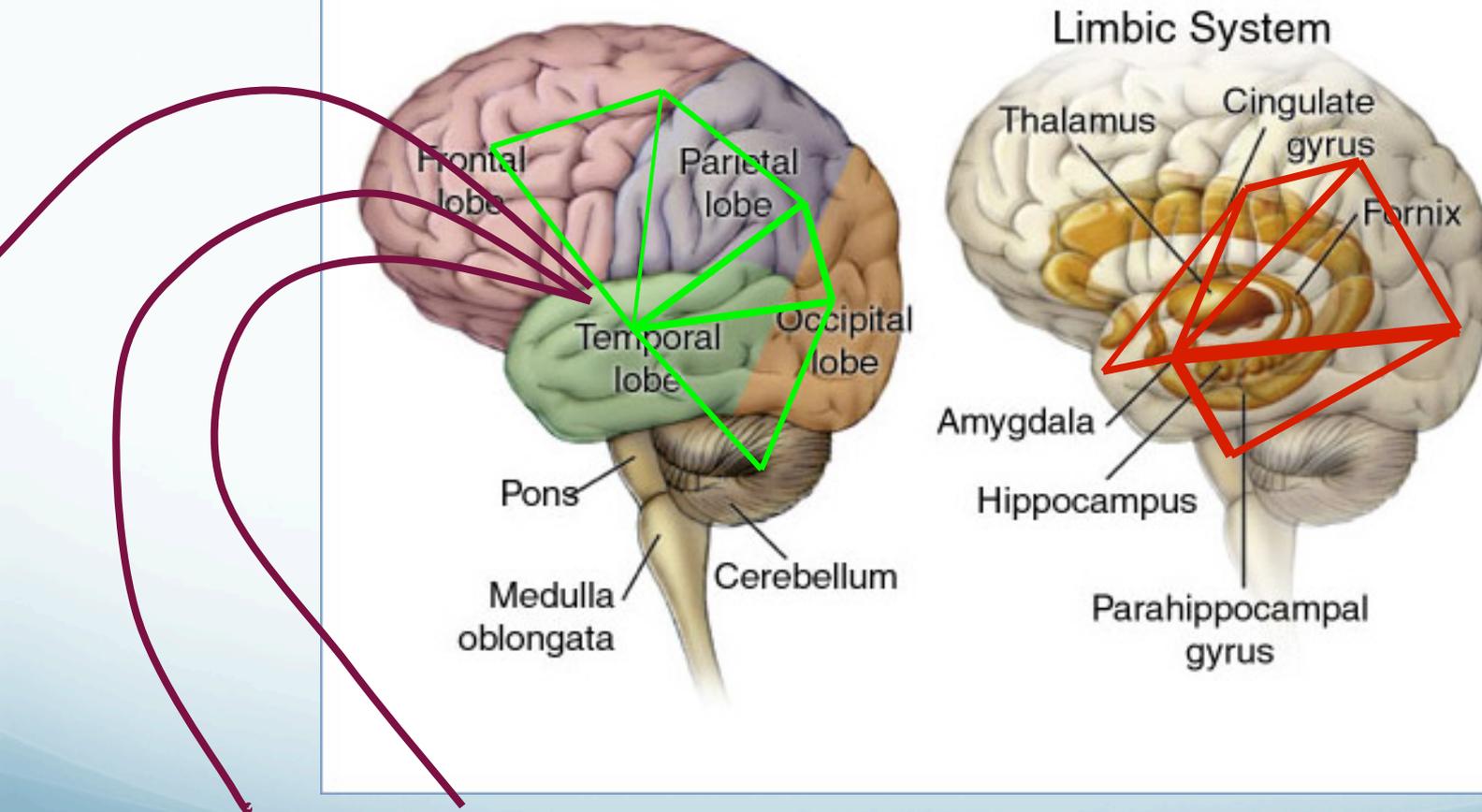
Dellucci (2014) définit le traumatisme comme une **expérience d'apprentissage non encore aboutie**, bloquée par une **trop grande charge émotionnelle**, provoquant des **réactions physiologiques attirant tout l'attention sur la survie**.

Les symptômes de l'ESPT peuvent être vus sous l'angle de ressources de survie (Dellucci, 2014):

- Intrusion: signal d'un danger
- Evitement: un détour de ce qui fait mal

LES EXPÉRIENCES PEUVENT AUSSI ÊTRE VUS COMME DES RÉSEAUX NEURONAUX

Anatomy of the Brain



Un regard centré compétences

Travailler à surmonter un traumatisme consiste à aider le corps qui se trouve bloqué dans des réflexes de survie par rapport à des déclencheurs afin de:

Terminer l'expérience d'apprentissage
et **l'intégrer**

Dans cette perspective, **tout traumatisme est guérissable**, quelque soit son ampleur.

Le temps du traumatisme

- De **trois semaines à un mois**:
 - phase de vulnérabilité => Etat de Stress Aigu
- De **un mois à trois mois**:
 - résolution ou persistance des symptômes de stress aigu
=> ESPT
- Après **six mois**:
 - il peut y avoir apparition d'un ESPT à émergence tardive

Dans les trois premiers mois, on parle d'événement potentiellement traumatisant.

Les différents types de traumatismes

On peut distinguer 6 types de traumatisme:

- **Simple:** un événement unique
- **Multiple:** succession de traumatismes simples
- **Complexe:** événements adverses qui ont commencé tôt et qui se sont multipliés, associés avec troubles attachement
- **Familial:** touche plus d'un membre d'une famille ou tout le groupe
- **Transgénérationnel:** séquelles post traumatique d'événements que la personne n'a pas vécu
- **Vicariant:** professionnel travaillant avec des personnes traumatisées

Pourquoi la thérapie centrée sur la parole ne suffit pas

Théorie de la double représentation (Brewin et al. 1996)

- Système de représentation conceptuel, axée sur le verbe (permet de donner du sens à l'expérience)
- Système de représentation perceptive, axée sur la situation (informations perceptives, sensorielles)

Lorsqu'il y a traumatisme:

- le système de représentation conceptuel est altéré et implique des évaluations et attributions négatives
- le système de représentation perceptive est sur-activé et explique le sentiment « d'ici et maintenant » des intrusions futures.

Il est donc nécessaire **de travailler sur ces deux systèmes**

Le jeux des experts

À VOUS DE JOUER !

Vous allez devenir EXPERT sur un sujet particulier:

- L'impact du traumatisme sur le traitement de l'information
- Les facteurs de stress liés à la précarité
- La cohérence cardiaque

TIMING

- 45 min de préparation
- 10 min de restitution

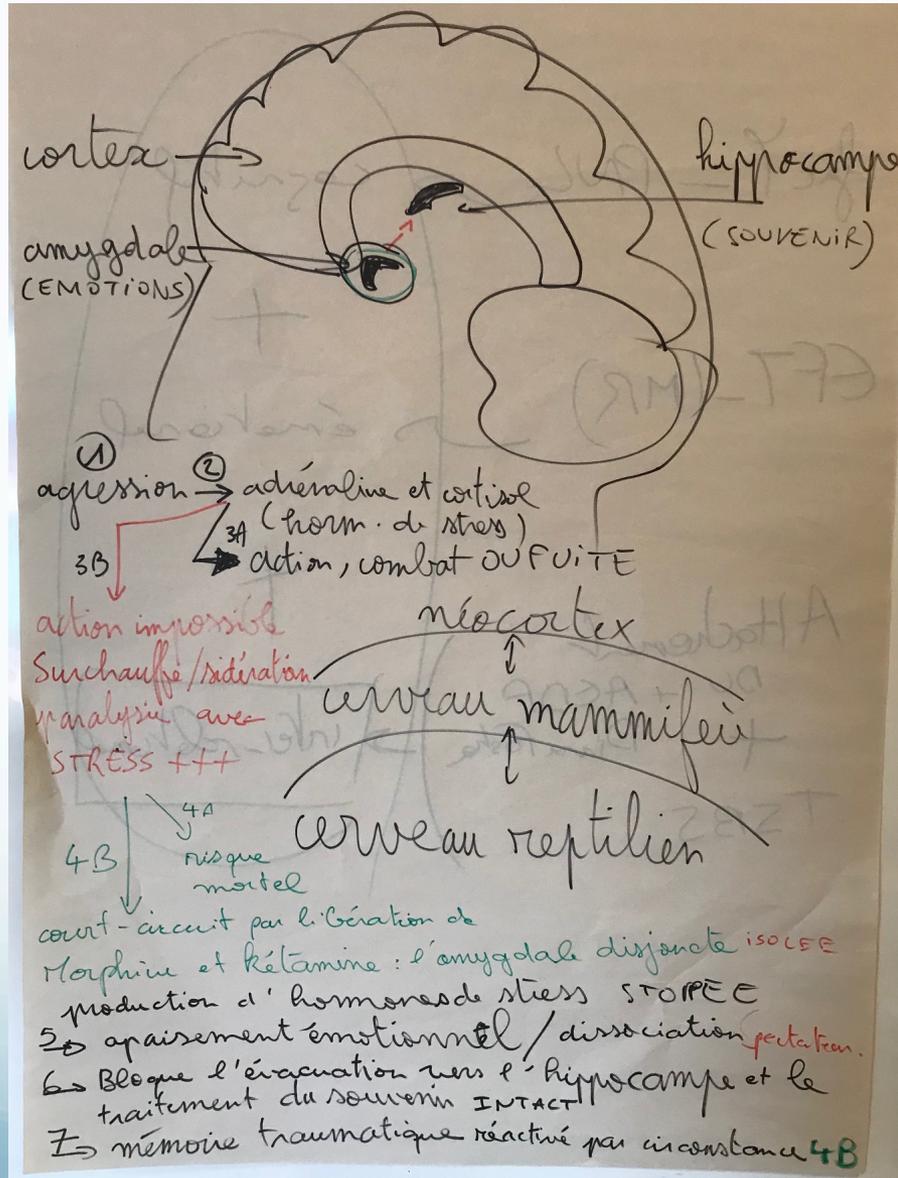
FORMAT

Travail en 3 sous groupes :

1. Prendre connaissance des documents remis
2. Faire une synthèse des éléments qui vous semblent utiles
3. Restitution au grand groupe (à l'oral, support papier, schémas ...soyez créatifs !)

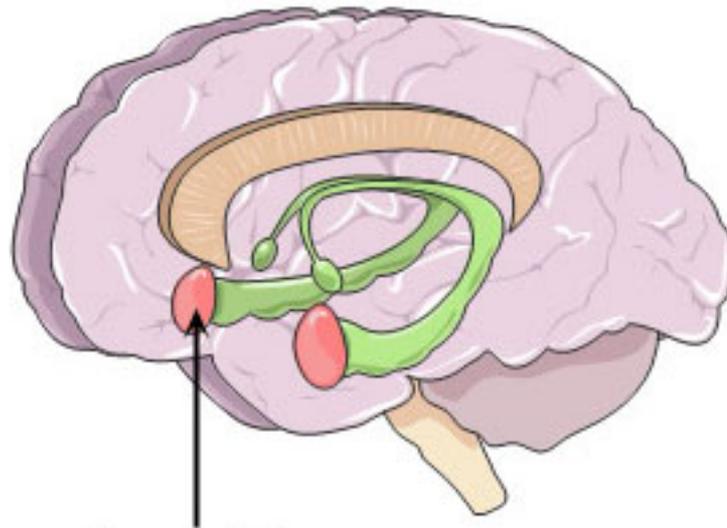


La mémoire traumatique: compte-rendu du groupe de travail



La mémoire traumatique

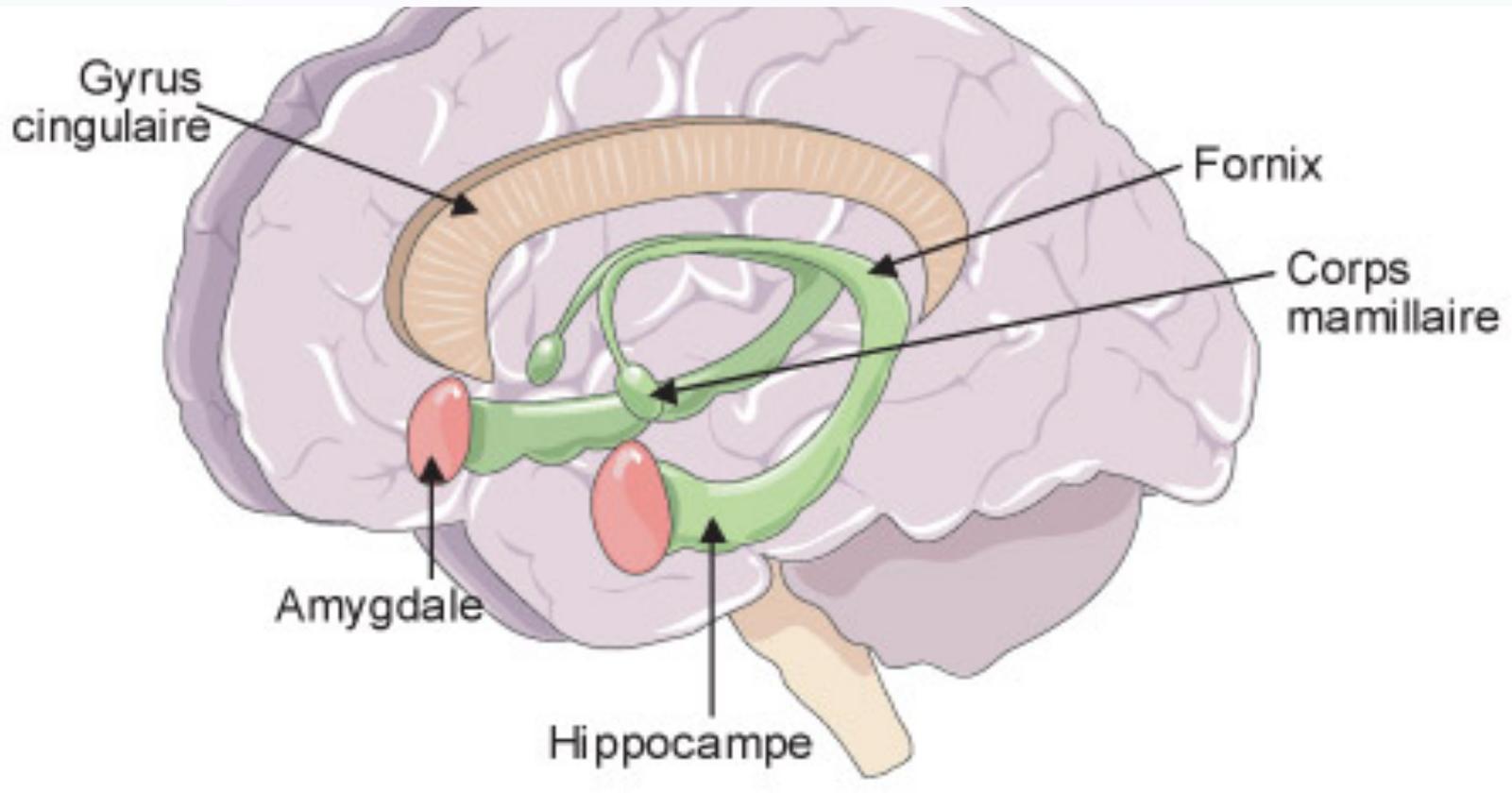
Mémoire piégée **dans l'amygdale**, et qui n'a pas pu devenir autobiographique (Salmona, 2017)



Amygdale

- Gestion des émotions
- Réactions de peur
- Anxiété
- Agressivité

Mémoire traumatique



Mémoire traumatique

En cas de danger => stress extrême:

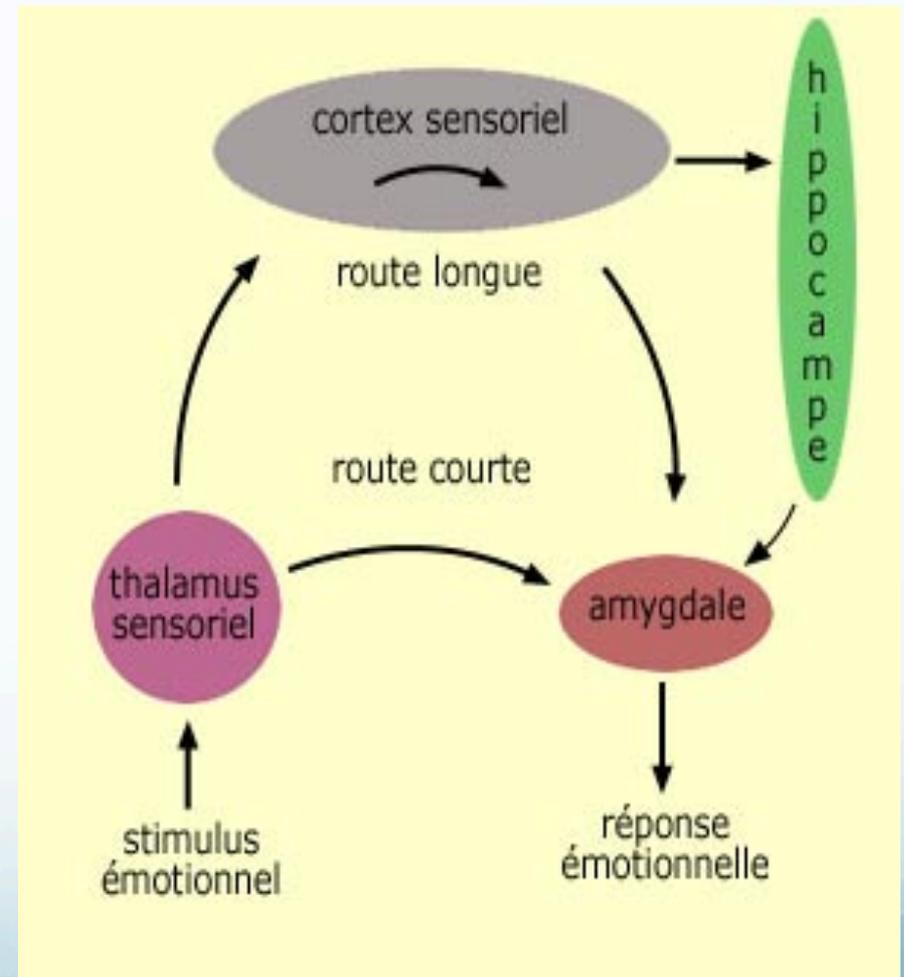
- excès d'adrénaline et de cortisol =>risque vital
- mécanisme neurobiologiques de sauvegarde
- anesthésie émotionnelle (état de dissociation) et physique

L'hippocampe ne peut pas faire son travail, le souvenir reste piégé dans l'amygdale sans être transformé en mémoire autobiographique.

Cette mémoire traumatique peut être déclenchée à tout moment

Physiologie: le système nerveux autonome

- **Système orthosympathique**
 - Fuite, défense, sidération évaluative
- **Système parasympathique**
 - Branche ventrale: apaisement, attachement, recherche de contact social
 - Branche dorsale: réflexe vagal, sidération figée
- Les stimulation corporelles bilatérales activent le système parasympathique (SACK, M. Université de Munich)
- **NB:** elles accélèrent aussi l'activité mentale: donc attention aux personnes dissociées!



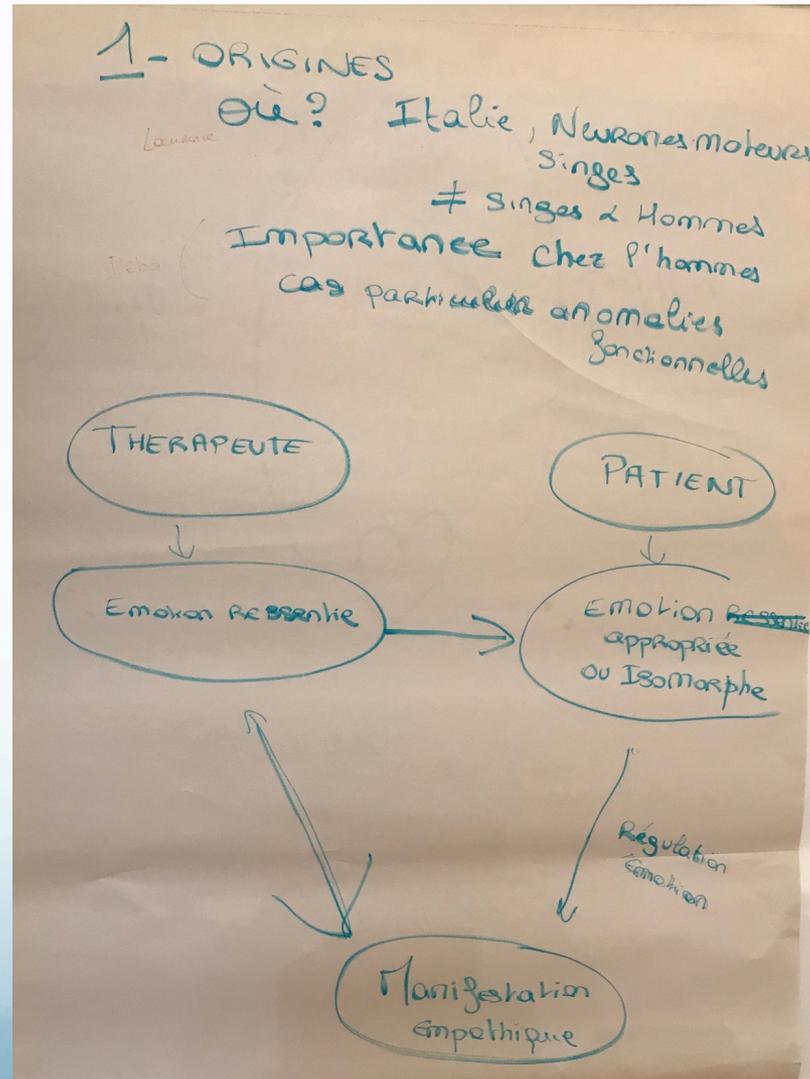
Les neurones miroirs: compte- rendu du groupe de travail



Les neurones miroirs

G.Rizolatti et al.(1996)

Les neurones miroirs: compte-rendu du groupe de travail

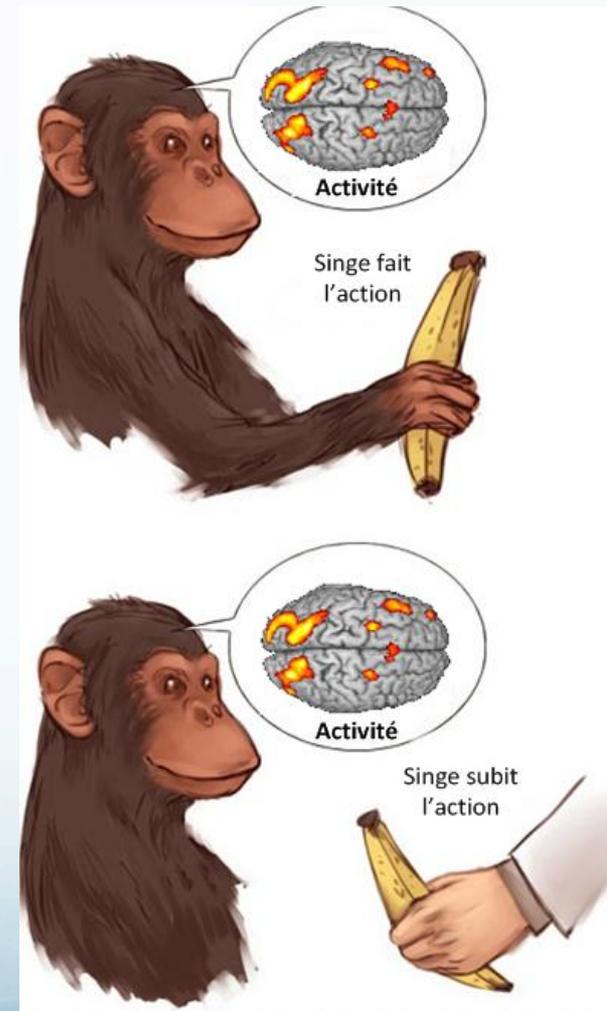


Les neurones miroirs

Etude chez les singes macaques :

Les mêmes neurones s'activent (cortex prémoteur) quand l'animal fait l'action (intention)

ou qu'il regarde l'expérimentateur faire l'action.



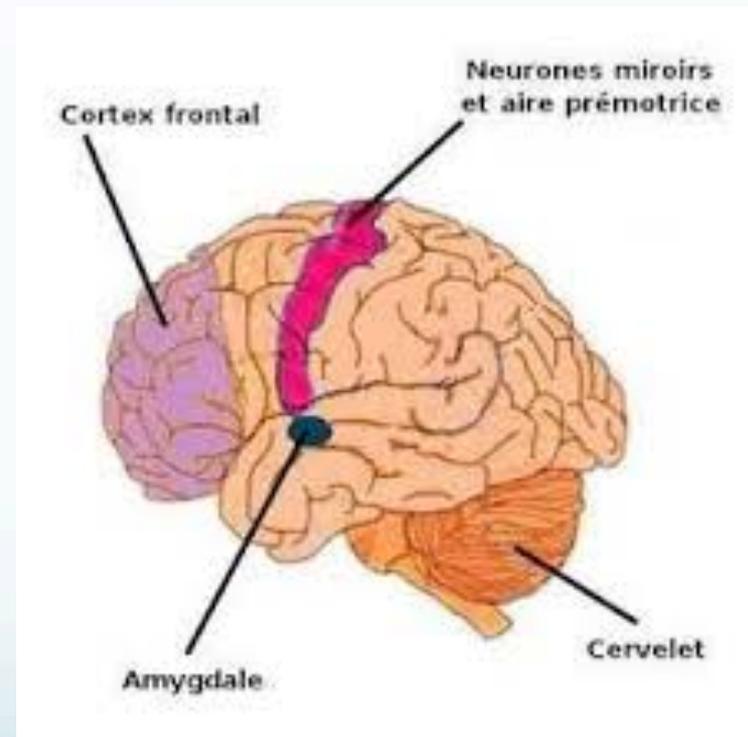
Les neurones miroirs

Chez les humains, réseaux encore plus développés (de Keukelacre, 2005)

Perception de l'action ET de l'intention d'autrui.

Actifs dès la naissance (Melzoff et Moore 1983, 1989)

Impliqués dans les processus d'imitation (de l'intention et des buts



Les neurones miroirs



Gallese (2005) : « l'émotion de l'autre est constituée, vécue et directement comprise par le biais des stimulations corporelles produites par un état du corps partagé ».

Autisme et schizophrénie : hypothèse d'un déficit au niveau des neurones miroirs

Les neurones miroirs

Gallese (2005) : les neurones miroirs « relient les cerveaux entre eux ».

Empathie : nous ressentons l'émotion de l'autre par le biais de notre corps, grâce au système des neurones miroirs.

Démonstré pour les sensations de dégoût, de tristesse et de douleur



Les neurones miroirs

Rôle dans :

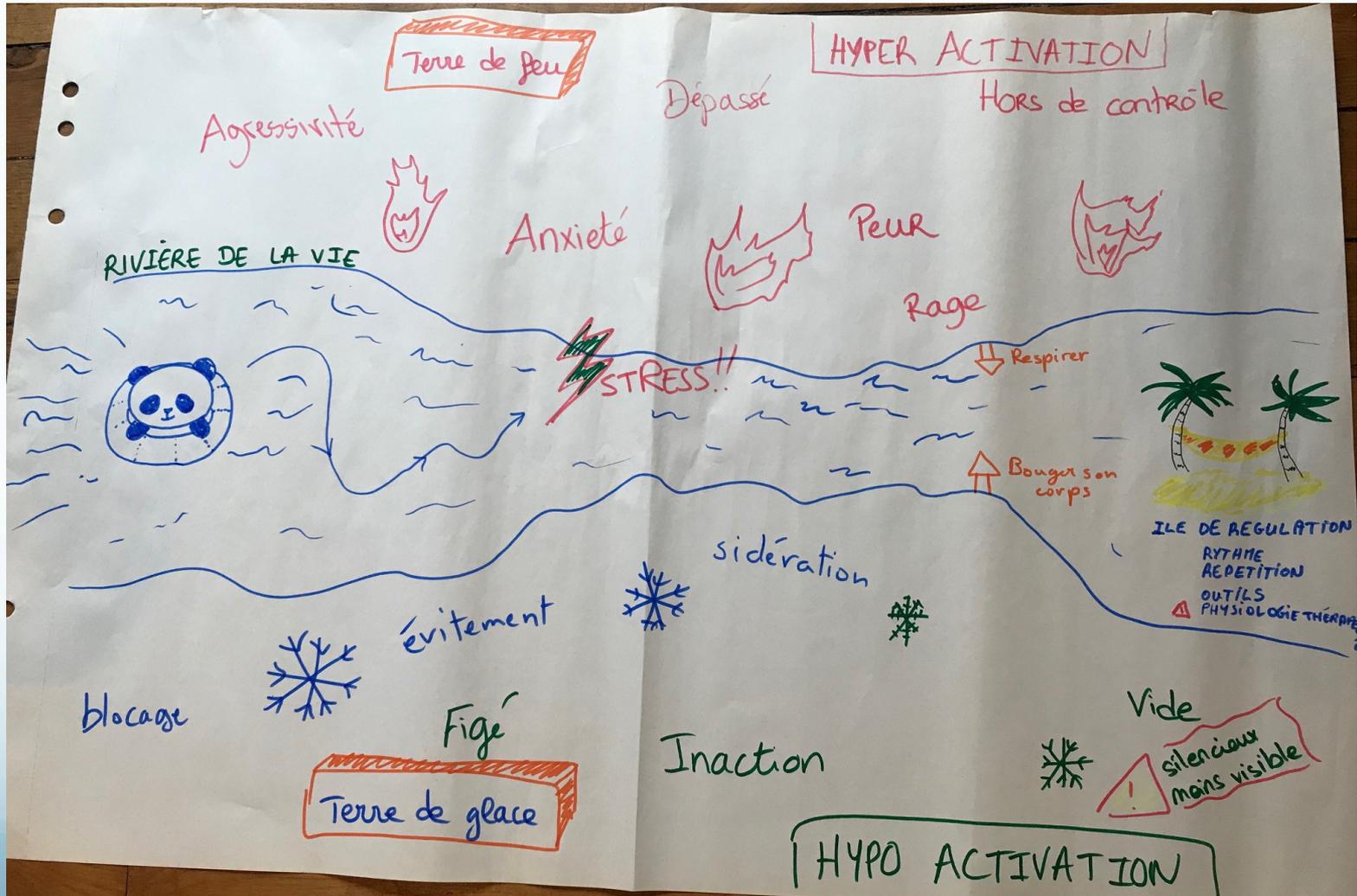
- ✓ L'apprentissage
- ✓ L'imitation
- ✓ L'empathie

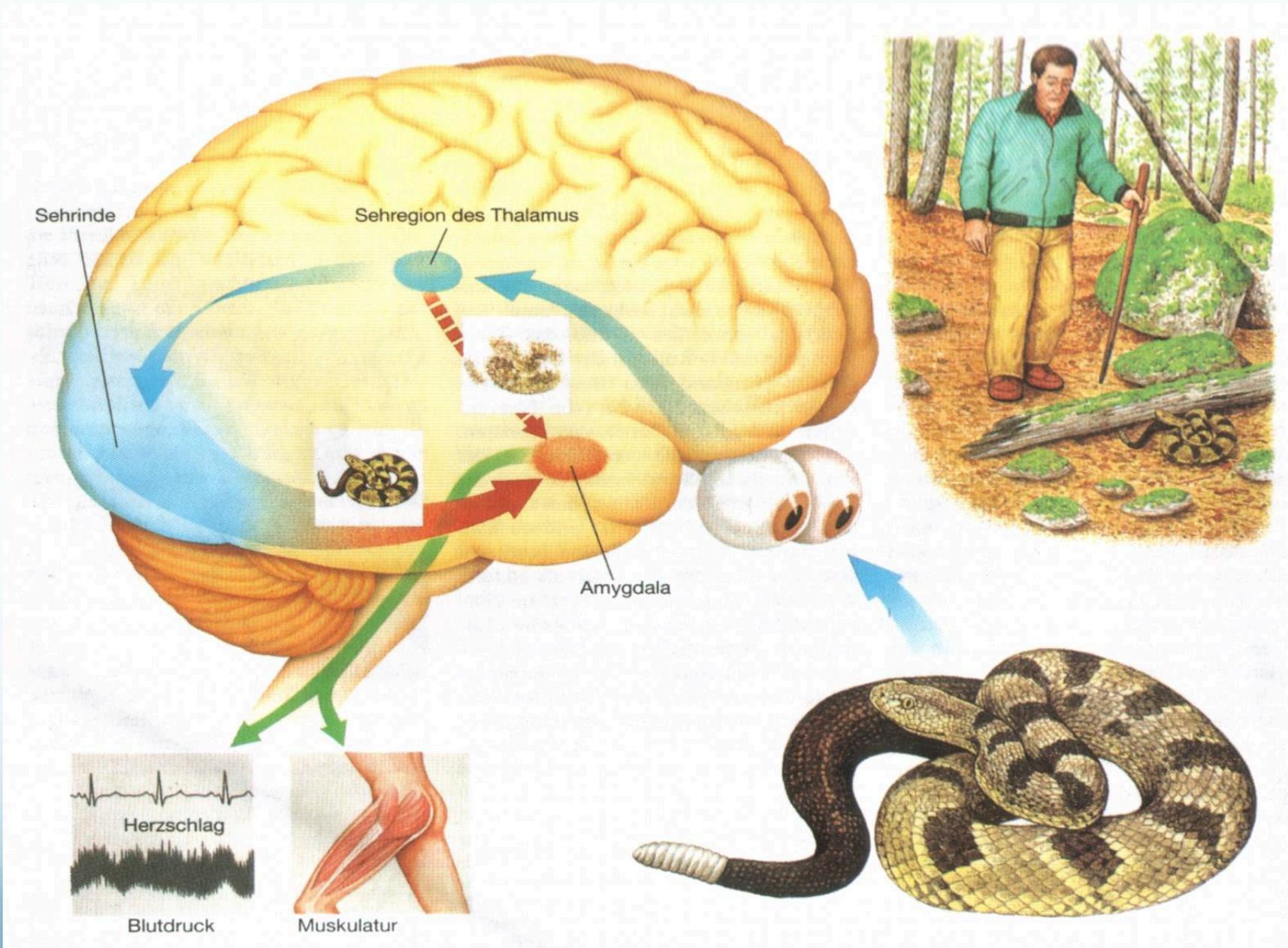


La fenêtre de tolérance émotionnelle

Ogden & Minton (2000)

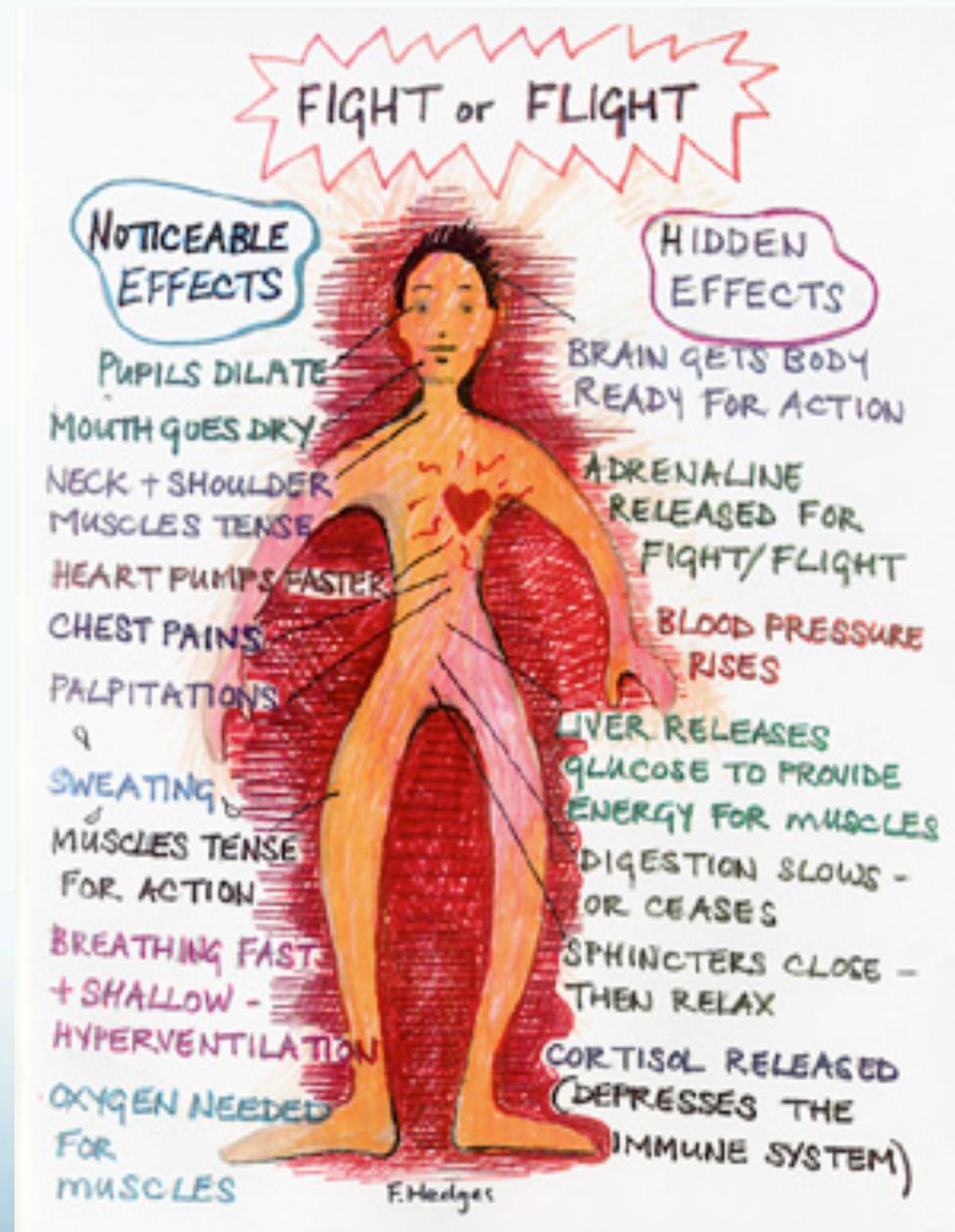
La fenêtre de tolérance: compte-rendu du groupe de travail





REFLEXES DE SURVIE DU SNA : COMBAT OU FUITE

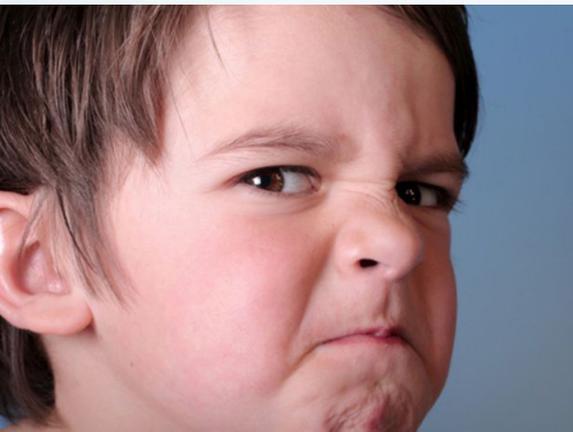
- Effets visibles : pupilles dilatées, bouches sèche, muscle du cou et des épaules tendus, accélération du cœur, douleurs à la poitrine, palpitation, muscles prêts à l'action, respiration rapide superficielle (hyperventilation), besoin d'oxygène pour les muscles
- Effets invisibles : cerveau prépare le corps à l'action, décharge d'adrénaline pour le combat ou la fuite, tension artérielle qui augmente, libération de glucose par le foie pour donner de l'énergie aux muscles, digestion ralentie, sphincter qui se contractent puis se relâchent, libération de cortisol (dépression du système immunitaire)



En thérapie, l'hyperactivation se voit...

- Agitation
- Logorrhée
- Tensions plexus et ailleurs
- Besoin de bouger
- Rougeur au visage
- Respiration accélérée
- La personne n'entend plus ce que vous dites
- Le regard est fuyant
- Etat de panique...

Fuite (peur) ou lutte (colère)



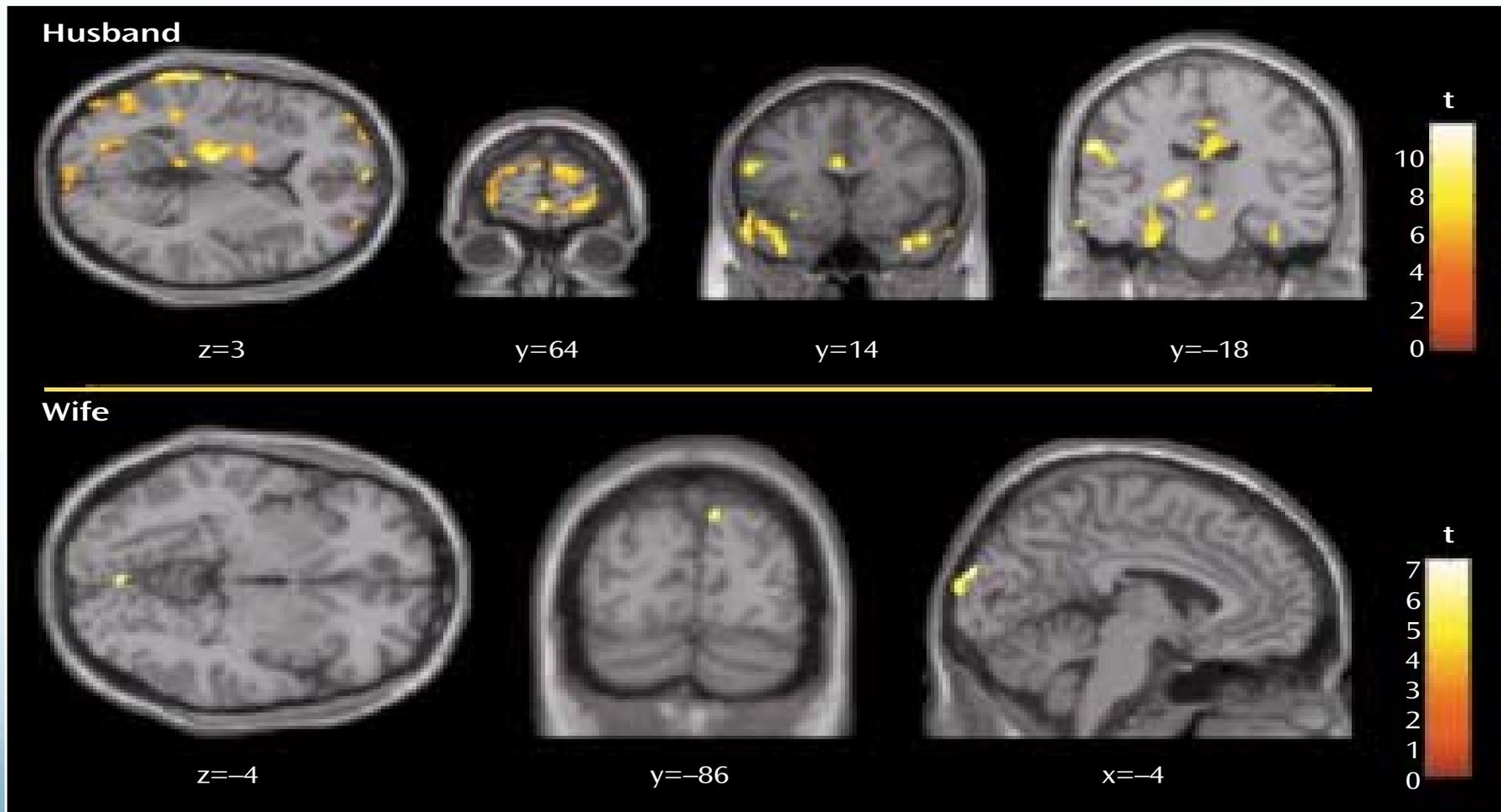
En thérapie, la sous-activation se voit...

- Perte de force, impression de se liquéfier
 - Bourdonnements dans les oreilles
 - Ne plus avoir de jambes, fourmillements
 - Plus moyen de trouver ses mots
 - Impression d'être seul au monde dans son corps non-
- reconnu comme le sien
 - La personne blêmit, s'affaisse, ne parle plus, voire s'évanouit
 - Blancs de pensée, de parole, ne comprend plus ce qui se passe
 - Confusion
 - Respiration superficielle
 - Fatigue

Sidération (peur paralysante) soumission (honte)

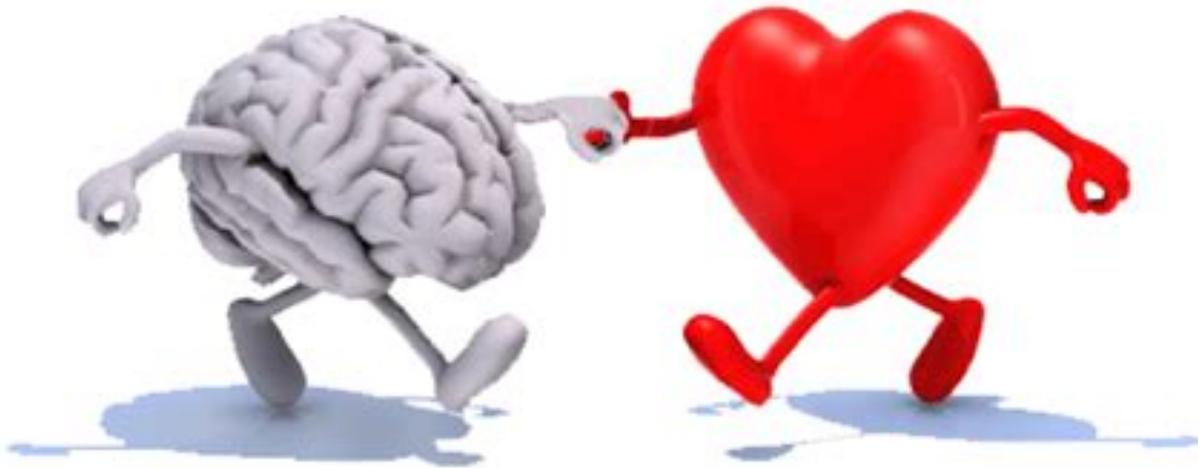


Différences individuelles après un même événement (Lanius et al., 2003)



COHÉRENCE CARDIAQUE

Allez viens !

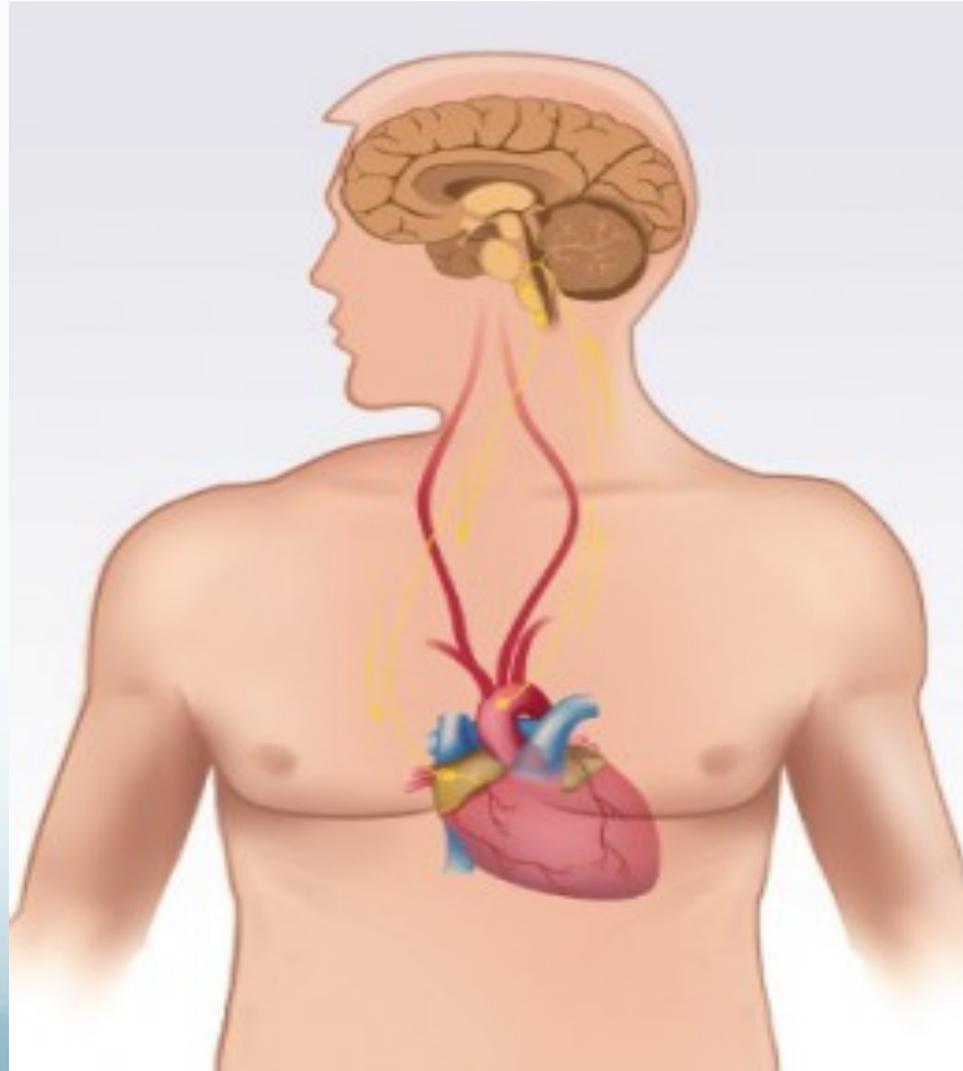


*Toi et moi, on a besoin d'un endroit calme
et de 5 petites minutes... *

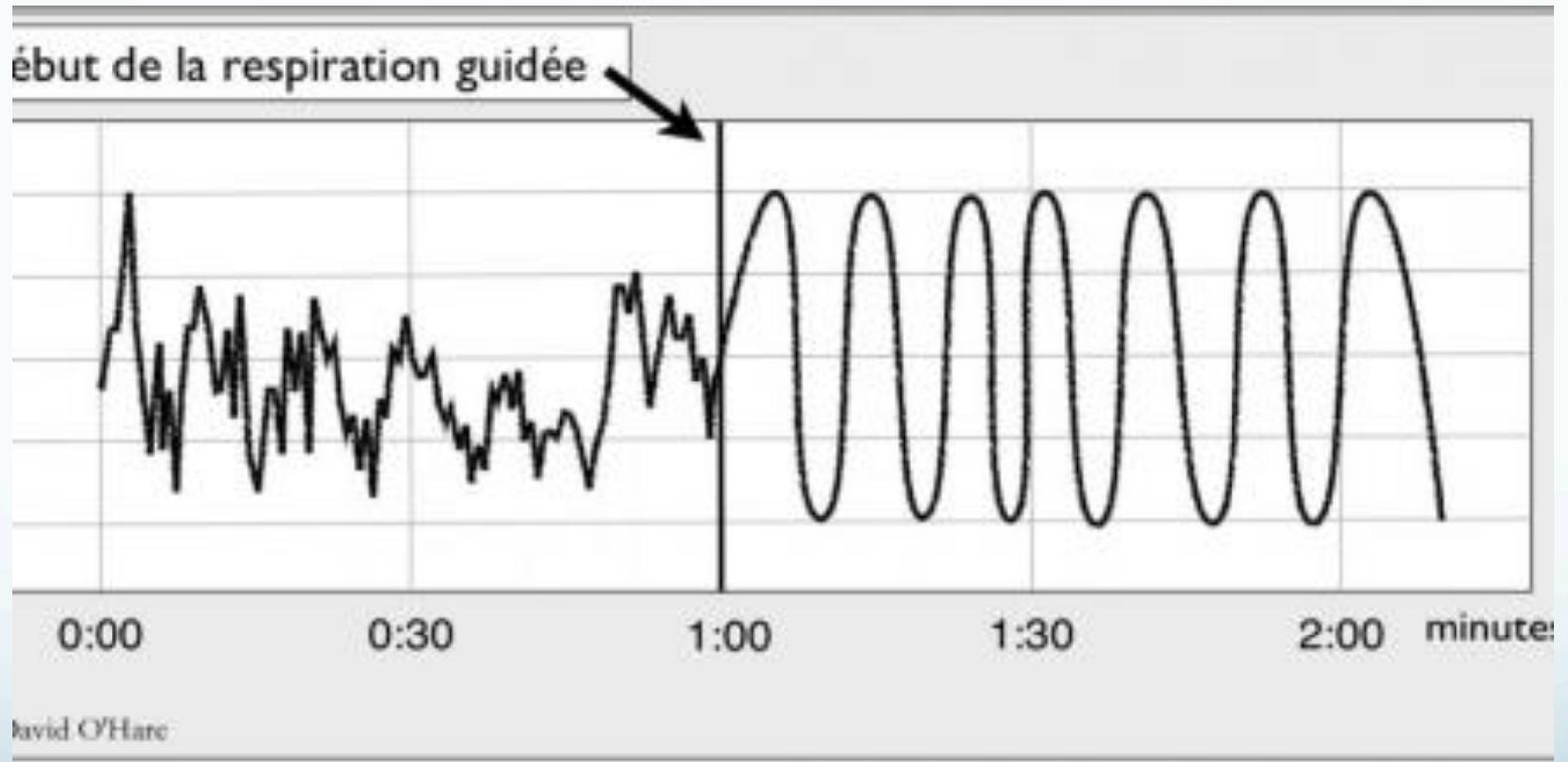
COHÉRENCE CARDIAQUE

- ✓ Connexion entre cerveau émotionnel et cœur
- ✓ 2 branches qui les relient :
 - ✓ Système sympathique : fonctionne avec l'adrénaline, pour accélérer le rythme cardiaque, préparer le corps au combat ou à la fuite
 - ✓ Système parasympathique : ralentit le rythme cardiaque, faire baisse la tension artérielle, prépare l'organisme à la digestion...
- ✓ A chaque instant : cœur et émotions sont soumis à l'influence de ces 2 systèmes :
 - ✓ Ce qui se passe dans le cœur influence ce qui se passe dans nos émotions
 - ✓ Boucle qui module notre relation au monde et à notre physiologie

COHÉRENCE CARDIAQUE



COHÉRENCE CARDIAQUE



COHÉRENCE CARDIAQUE

- Le site de David O' Hare: <http://vimeo.com/9869582>
- **Respirer en se mettant en cohérence cardiaque:** met le système sympathique et parasympathique ventral en cohérence
 - Respirer 6 fois par minute nous amène à nous mettre en cohérence cardiaque: a un effet calmant sur notre physiologie
 - Augmente la sensation de contrôle chez le client, mais aussi chez le thérapeute: le calme du thérapeute peut contaminer la physiologie du client
 - Augmente la DHEA, diminue le taux de Cortisol
 - Les effets de 5 min de cohérence cardiaque durent pendant plusieurs heures
 - Possibilité de dessiner une courbe sinusoïde en cohérence avec la respiration.
 - La respiration ventrale favorise la cohérence cardiaque

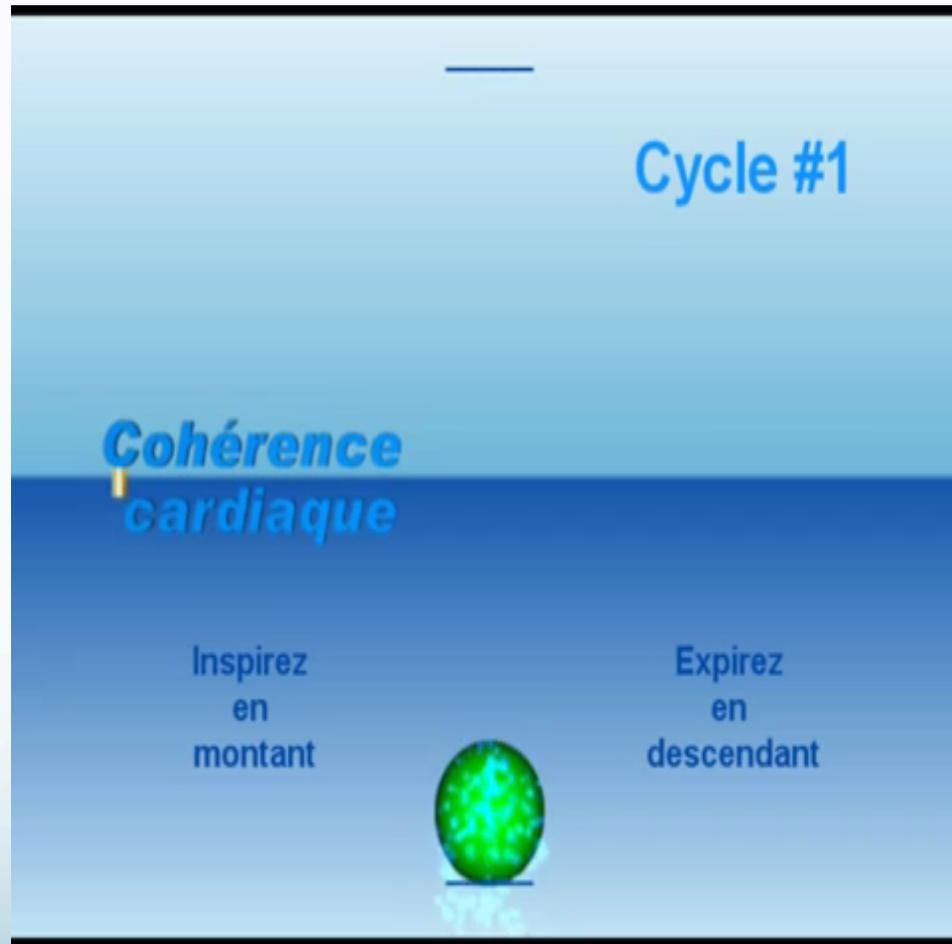
COHÉRENCE CARDIAQUE

- ✓ La respiration est régulée par le Système Nerveux Autonome : fréquence irrégulière, en incohérence.
- ✓ Nous pouvons influencer notre physiologie en nous entraînant à la cohérence cardiaque : état que nous éprouvons quand nous ressentons des émotions positives, détente ...
- ✓ Favorise la mémorisation, le calme, les liens positifs entre les personnes
- ✓ Si la personne sort de sa fenêtre de tolérance : le thérapeute se met en cohérence cardiaque et guide la personne dans la respiration
- ✓ Importance de faire l'exercice avec la personne (neurones miroirs)

Youtube videos for exercising Heartcoherence

- <http://www.youtube.com/watch?v=b3hV0aSC998>
- <http://www.youtube.com/watch?v=n6P3ukEniR4>
- <http://www.youtube.com/watch?v=uy2gpwjsc0I>
- <http://www.youtube.com/watch?v=a8QJ5CeJ2oQ>
- If you want to watch on youtube about a study done at the Hoge School in Gent: search with ‘hartcoherentie’ and then ‘nieuwsuitzending Hoge school Gent’

Cohérence cardiaque



Apps pour smartphones

- My Calm Beat
- Respirelax
- Heart-rate
- Cardiozen
- Inner balance
- Coher cardiac

EXERCICE DE COHÉRENCE CARDIAQUE SANS APPAREIL TECHNIQUE

- Mettez un timer sur 5 minutes
- Sur une feuille de papier, tracez une ligne en suivant votre respiration: à l'inspiration la ligne monte, à l'expiration elle descend
- Faire l'exercice les yeux fermés semble être aidant
- Vous pouvez aussi imaginer un endroit que vous aimez, des personnes ou des animaux que vous affectionnez, des activités qui vous font du bien ...
- Après 5 min, comptez les respirations (les sinusoides) sur le papier : si vous êtes à 25-30, vous vous êtes mis en cohérence cardiaque.
- Si vous avez été plus rapide, pas de problème. Essayez juste de ralentir la prochaine fois que vous ferez l'exercice, en veillant à être confortable. Après une semaine ou deux, vous atteindrez l'objectif de 25-30 par 5 min.
- Le plus important pendant que vous faites l'exercice est d'être dans votre zone de confort
- Si vous voulez être certain d'entraîner votre corps efficacement, faites l'exercice 3 fois par jour pendant 5 min pendant au moins un mois.
- A la fin de la journée, vous pouvez évaluer votre degré de satisfaction et prendre des notes sur ce que vous avez remarqué.

Trois besoins pour se stabiliser

- Besoin de se sentir en **sécurité**
- Besoin de construire un **lien d'attachement** sécuritaire
- Avoir de **l'espoir et une perspective d'avenir**

Dans cette première phase de la thérapie, il importe donc de mettre du soin dans la construction de l'alliance, d'apprendre à la personne comment apaiser le corps et de prendre le temps d'explorer et de renforcer les ressources.

Modèle global de la stabilisation

1. **Bottum up**: exercices d'ancrage

Le thérapeute mène, propose, fait avec...

L'objectif est **d'apaiser le corps**, un préalable nécessaire à la suite du travail.

2.

3.

4.

Exercices d'ancrage: amener la conscience dans le corps dans l'ici et maintenant sécurisé

1. Ressentez-vous la chaise sur laquelle vous êtes assis-e?
Que ressentez-vous le plus nettement: l'assise ou le dos?
2. Pouvez-vous faire en sorte de ressentir à la fois le dos sur la chaise et l'assise?
3. Bougez les pieds dans vos chaussures. Ressentez-vous vos pieds entourés par vos chaussures?

Si cela ne suffit pas:

4. Veuillez vous lever: mettez votre poids sur une jambe, puis sur l'autre
5. Tournez le haut de votre corps: veuillez regarder ce qu'il y a derrière vous

Exercices d'ancrage, suite 2/3

6. Marchez sur la pointe des pieds, sur une ligne imaginaire tracée sur le sol
7. Pressez un ballon doux ou bien une balle rebondissante, ou un caillou aussi fort que vous pouvez, en imaginant que vous y mettez toute votre tension
8. Faites des tour de chaise (avec les enfants), autant de fois jusqu' à ce que l' enfant est capable de relever le défi d' être plus rapide que le thérapeute
9. Passes d' un jouet doux: jetez une peluche, ou bien un ballon vers la personne, en vous assurant qu' elle va pouvoir l' attraper, et demandez la personne de vous le renvoyer, et ainsi de suite, jusqu' à ce que le client montre des signes de relaxation (sourires, détente) dans son visage, et que le contact de jeu soit restitué.
10. Poussez les murs: en expliquant que nous avons des repères dans notre oreille interne, pour l' horizontalité (être debout par terre) et la verticalité (le mur)

Exercices d'ancrage, suite 3/3

11. Orienter la personne dans l'environnement:

- a) Où êtes-vous maintenant?
- b) De quelle couleur sont les murs?
- c) Combien de lumières voyez-vous allumées?
- d) Comptez des choses ...

12. 54321

- a) Dites-moi 5 choses rouges que vous voyez ...

13. Respiration

- a) Respiration profonde et lente
- b) Respiration bloquée

14. Offrez quelque chose à boire

15. Si la personne a froid: lui permettre de s'entourer d'une écharpe

16. A la fin de cette séance, si un déclencheur a été activé, terminez par mettre en place un contenant.

A VOUS DE JOUER !



- ✓ Chaque participant tire au hasard une carte sur laquelle est inscrit un exercice d'ancrage
- ✓ Trouver auprès de quel profil de patient cet exercice serait le plus adapté ?
- ✓ En cas d'hypoactivation ?
- ✓ En cas d'hyperactivation ?
- ✓ Les 2 ?

RETENU DE PERTINENT POUR VOTRE PRATIQUE

- Les exercices d'ancrage me parlent bien. Je vois clairement une situation où j'aurais pu utiliser la technique de la feuille pliée.
- Dans ma formation, j'avais entendu parler des neurones miroirs, de la cohérence cardiaque, etc, de réentendre parler de ces concepts, j'y mets des choses différentes et un sens différent.
- Par rapport au trauma, c'est souvent « tabou », notamment dans les cours à l'université. La compréhension du processus traumatique. Compréhension plus subtile et plus complexe de ce qui se passe.
- Le concept de la fenêtre de tolérance m'a parlé beaucoup, le dessiner rend la compréhension plus claire. La mémoire traumatique et les neurones miroirs me paraissaient compliquées, impression d'avoir mieux compris, sous un angle plus utile.
- Visualiser les concepts ci-dessus était très intéressant
- En thérapie familiale, une question m'a paru très importante, c'est la vision du bon parent et de leur permettre de se positionner. Envie d'utiliser la cohérence cardiaque en fin de séance pour leur permettre de repartir apaisés et avoir envie de s'approprier la technique.

RETENU DE PERTINENT POUR VOTRE PRATIQUE

- Impression qu'il y a eu beaucoup à digérer. Les exercices de stabilisation m'ont interpellée, notamment la question du contact physique (en cas de sous-activation). Tout les notions se mettent en route par rapport à ma formation en cours en psychanalyse.
- Le défi : oser proposer les exercices, être à l'aise. J'aime l'idée d'expliquer les choses aux gens, pour leur permettre de comprendre. J'utilise aussi des petits bouquins pour amener ces éléments. Par ex. »la faute à stressor«, qui aborde la question des déclencheurs par rapport à la mémoire traumatique.
- Pouvoir expliquer aux gens que leur réaction à un traumatisme est légitime, par rapport à une situation qui elle n'est pas normale.
- Je me sens très « libre » : plus je vais en avant, plus cela a du sens d'aller dans le corps pour aborder la question des émotions. Je retiens beaucoup la question de la sécurité. Cela vient renforcer mon idée que la personne a des ressources et l'idée d'explorer ce que la personne a déjà fait.
- J'ai bien aimé le modèle de Bruges, et celui du co-acteur. A l'uni, j'avais proposé de se focaliser sur le ressenti du corps, et je m'étais sentie dévalorisée. Là, je peux faire du lien sur ce que je proposais déjà intuitivement.



Après cette première journée:

Un point qui vous a paru particulièrement important ?

Que retenez-vous d'utile pour votre pratique ?

Questions ?

Commentaires ?