

TPSS+

Trauma-focused Psycho-Social Support +

(Soutien psychosocial axé sur les traumatismes +)

également appelé

ROTATE

Resource-Oriented Trauma Therapy with Elements of EMDR

Thérapie de traumatologie axée sur les ressources
avec des éléments de EMDR

Manuel de traitement pour les psychothérapeutes et les conseillers
dans le domaine des traumatismes psychologiques

Version 1.1 (septembre 2020)

Wolfgang Wöller, Helga Mattheß
TraumaAid Allemagne

Traduction française:
Dagmar Hilder, Hildegard Wöller

Table des matières

Partie 1 : Introduction, diagnostic et connaissances de base en psychotraumatologie

1	Introduction	3
2	Les principes fondamentaux de TPSS+/ROTATE	6
3	Indication et contre-indication pour TPSS+/ROTATE	11
4	Connaissances de base en psychotraumatologie pour le thérapeute TPSS+/ROTATE	12

Partie 2 : Interventions

5	Établir un sentiment de sécurité et de contrôle dans la relation thérapeutique	20
6	Diagnostic, axe principal de la thérapie et plan de traitement	24
7	Psychoéducation	25
8	Gestion du flashback	26
9	Améliorer la régulation des émotions	27
10	Exercices d'imagination pour améliorer la régulation des émotions	29
11	Promouvoir l'autosoin et l'autoprotection	32
12	Techniques de réorientation pour sortir des états dissociatifs	33
13	Technique d'absorption du stress	35

Partie 3 : Questions de relations difficiles

14	Résistance	36
15	Transfert	38
16	Contre-transfert et l'autosoin du thérapeute	40

Références		42
-------------------	--	-----------

Annexe : Fiches de travail et exercices

1	Le conteneur	44
2	Le lieu sûr intérieur (lieu de bien-être)	45
3	Le jardin intérieur	47
4	L'arbre	48
5	Les aides intérieures	49
6	Le point de pouvoir	50
7	Le flux lumineux (la „lumière guérissante“)	51
8	Technique d'absorption du stress	52

Première partie : Introduction, diagnostic et connaissances de base en psychotraumatologie

1 Introduction

Le TPSS+/ROTATE est une approche de thérapie traumatique à court terme basée sur les ressources qui convient particulièrement aux clients souffrant de conditions traumatiques complexes, c'est-à-dire le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et des troubles comorbides. Il peut être utilisé comme un outil pour les thérapeutes et les conseillers dans le domaine des traumatismes psychologiques¹.

La double abréviation du nom a la signification suivante :

- TPSS+ signifie *Trauma-focused Psycho-Social Support +* (soutien psychosocial axé sur les traumatismes +).
- ROTATE signifie *Resource-Oriented Trauma Therapy with Elements of EMDR* (Thérapie traumatique orientée vers les ressources avec des éléments d'EMDR).

Alors que dans la dernière version, seul le terme ROTATE était utilisé pour désigner cette approche, il s'est avéré nécessaire d'introduire la nouvelle désignation TPSS+ pour préciser qu'il s'agit d'une approche de soutien social qui ne s'adresse pas seulement aux psychothérapeutes formés mais aussi à un cercle plus large de conseillers en traumatisme.

Le nom ROTATE a été conservé, non seulement parce que l'approche a été citée sous ce nom dans d'importantes publications internationales, mais aussi parce qu'il fournit des informations spécifiques sur la nature de l'approche. Comme le suggère ce nom, elle présente trois caractéristiques principales :

- Premièrement, il vise à renforcer la résilience et les capacités d'adaptation en activant des ressources personnelles positives. Il comprend une variété de méthodes imaginatives d'activation des ressources dans un cadre éclairé par les neurosciences affectives et la recherche sur la résilience.
- Deuxièmement, il s'inspire largement des principes psychodynamiques de la relation thérapeutique et la théorie de l'attachement.
- Troisièmement, il comprend plusieurs éléments de l'EMDR (désensibilisation et retraitement du mouvement oculaire, Shapiro 2001). L'EMDR est une psychothérapie basée éprouvée pour traiter le SSPT qui utilise la stimulation bilatérale comme agent central. En plus du protocole standard de l'EMDR, plusieurs modifications ont été développées, dont certaines impliquent une activation des ressources (par exemple Knipe 2011). Il est clair que cette approche n'inclut pas le protocole standard EMDR complet ; au contraire, quelques techniques EMDR ont été sélectionnées et adaptées afin de renforcer les ressources activées et de réduire le stress causé par les

¹ Lorsque ce manuel fait référence aux "thérapeutes", il faut également entendre les conseillers en traumatisme. Dans un souci de lisibilité, la forme masculine a été choisie pour désigner les "thérapeutes" et les "clients". Sauf indication contraire explicite, les deux sexes sont toujours visés.

souvenirs traumatiques.

En pratique, les termes TPSS+ et ROTATE peuvent également être utilisés séparément et ont la même signification.

Les éléments de base du TPSS+/TPSS+/ROTATE sont les suivants:

- les connaissances de base en psychotraumatologie
- le diagnostic et la définition des objectifs de la thérapie
- l'établissement de la relation thérapeutique (sécurité, contrôle etc.) et les problèmes de relations difficiles (transfert, contretransfert, l'autosoins des thérapeutes)
- la gestion des flashback, la régulation des émotions et les méthodes imaginatives pour activer les ressources positives
- en tant qu'élément de l'EMDR, la recommandation d'utiliser la stimulation bilatérale pour renforcer et ancrer les ressources activées
- comme autre élément EMDR, la "Technique d'absorption du stress" qui est une modification de la technique RDI (Resource Development and Installation), une technique EMDR visant à réduire les facteurs de stress actuels en activant les souvenirs de compétences d'adaptation antérieures et en les ancrant par stimulation bilatérale (Korn & Leeds 2002 ; Leeds 1998 ; Popky 2005).

Des recherches ont montré que les symptômes du SSPT et des états comorbides peuvent être efficacement réduits en activant les ressources par le biais du TPSS+/ROTATE (Steinert et al. 2016).

TPSS+/ROTATE présente plusieurs avantages :

- L'approche tient compte de la nature complexe des traumatismes subis par les victimes de catastrophes causées par l'homme et la violence interpersonnelle.
- L'approche est particulièrement adéquate pour les clients des pays non occidentaux, car les ressources de guérison traditionnelles et les métaphores peuvent être intégrées dans un cadre global d'activation des ressources. Les techniques utilisées dans l'approche TPSS+/ROTATE ont été largement appliquées lors de formations en psychothérapie traumatologique dans des pays comme l'Indonésie, la Chine, Haïti, la Thaïlande, le Kenya, le Rwanda et le Burundi (Mattheß & Sodemann 2014).
- Les éléments de base de l'approche peuvent être appliqués en toute sécurité même en cas de traumatismes complexes, aucun effet secondaire majeur n'a été observé jusqu'à présent.
- De plus, comme elle n'est pas uniquement basée sur la langue et qu'elle se concentre également sur les aspects somatiques et les réactions corporelles, elle peut être considérée comme plus indépendante culturellement que les autres psychothérapies.
- Les éléments de base peuvent facilement être enseignés. Cet aspect est d'une importance majeure pour assurer une large diffusion des éléments de base de l'approche parmi le grand nombre de clients traumatisés dans les régions non occidentales gravement touchées.

Deux aspects sont à noter :

Premièrement, le TPSS+/ROTATE est une approche de courte durée et, en tant que telle, il ne s'agit pas d'une psychothérapie complète pour les clients souffrant de traumatismes complexes. En raison du large éventail de symptômes liés aux traumatismes et des problèmes interpersonnels, une psychothérapie à long terme est généralement indiquée. Selon le "Modèle consensuel de thérapie des traumatismes" (Herman 1997 ; Chu 1998 ; Courtois 1999 ; Reddemann 2012) qui implique des phases de stabilisation, de traitement des traumatismes et de réintégration, le TPSS+/ROTATE ne représente que la phase de stabilisation. Néanmoins, il s'agit d'une étape importante pour réduire les symptômes post-traumatiques graves, notamment chez les clients vivant dans des pays à faible revenu où une psychothérapie à long terme n'est pas disponible.

Deuxièmement, le TPSS+/ROTATE n'est pas une technique de confrontation des traumatismes. Elle vise plutôt à réduire les symptômes liés au traumatisme en offrant une relation thérapeutique spécifique et en activant et renforçant des ressources positives. Cependant, elle peut être combinée avec les techniques traditionnelles de confrontation des traumatismes, si nécessaire. Dans ce contexte, elle sert de phase préparatoire de stabilisation pour que les techniques de confrontation puissent être appliquées en toute sécurité. A cet effet, il existe un manuel complémentaire " ROTATE-avancé " qui est réservé aux psychothérapeutes. Il comprend des techniques avancées pour travailler sur les souvenirs traumatiques. Ces techniques peuvent être appliquées après avoir longuement étudié le contenu du manuel TPSS+/ROTATE.

TPSS+/ROTATE est conçu comme une intervention à court terme. Normalement, 10 à 20 séances thérapeutiques de 50 minutes chacune semblent appropriées. Cependant, d'autres sessions peuvent être ajoutées si nécessaire.

2 Les principes fondamentaux de TPSS+/ROTATE

2.1 Orientation relationnelle psychodynamique

Étant donné la prévalence élevée des problèmes interpersonnels chez les clients traumatisés complexes, une approche basée sur les principes psychodynamiques semble appropriée pour plusieurs raisons :

- *Les problèmes relationnels et les troubles de l'attachement sont au cœur des traumatismes interpersonnels.* La théorie psychodynamique a fourni la compréhension la plus profonde des questions relationnelles, et les auteurs psychodynamiques ont constamment souligné l'importance de la confiance et des thèmes relationnels impliqués dans le traumatisme interpersonnel (Ferenczi 1949; Reddemann 2012; Schottenbauer 2008; Wöller et al. 2012). De plus, la recherche a montré que ces conditions peuvent être traitées efficacement par des approches psychodynamiques (Bateman & Fonagy 2009; Kruse et al. 2009 ; Lampe et al. 2008 ; Sachsse et al. 2006).
- L'orientation relationnelle psychodynamique implique une *compréhension des symptômes du client dans le contexte des relations interpersonnelles actuelles et antérieures.* Par conséquent, le travail psychodynamique vise non seulement à modifier les symptômes du client, mais aussi à influencer les relations interpersonnelles qui maintiennent le schéma symptomatique actuel. Par exemple, les symptômes dépressifs dans le contexte d'un traumatisme interpersonnel complexe peuvent être dus à l'incapacité du client d'éviter le contact avec l'agresseur. Par conséquent, le renforcement de leur capacité à se protéger peut être l'objectif principal de la thérapie.
- Les approches psychodynamiques structurales éclairées par la psychologie psychanalytique de l'ego fournissent un large éventail d'interventions pour développer des *fonctions ego déficientes* (c'est-à-dire des compétences de base) chez les clients souffrant de SSPT complexes. Par exemple, l'altération de la régulation des émotions et les troubles de la régulation interpersonnelle sont très fréquents chez les clients traumatisés complexes (Bellak et al. 1973, 2004 ; Leichsenring et al. 2010 ; Rudolf 2013 ; Wöller 2012). À cette fin, les thérapeutes de TPSS+/ROTATE enseignent à leurs clients des techniques d'activation des ressources pour améliorer des fonctions spécifiques de l'ego.
- Au cours des deux dernières décennies, le répertoire des interventions psychodynamiques visant à renforcer les fonctions ego des clients s'est élargi en incluant *l'imagination guidée* (Reddemann 2012).
- Ces interventions se sont avérées très utiles pour traiter efficacement la perturbation de la régulation des émotions chez les clients traumatisés complexes. Par exemple, l'image d'un "lieu sûr" peut aider les clients à améliorer leur sentiment de sécurité. De même, la technique du "conteneur" est une technique de distanciation utile pour les flashbacks en SSPT.
- Dans certains cas, la reconstruction de fonctions ego affaiblies nécessite une *compréhension psychique plus profonde* - c'est-à-dire une *compréhension des raisons* pour lesquelles ces fonctions ego ont été rendues dysfonctionnelles. Pour comprendre la

capacité réduite de nombreux clients traumatisés à prendre soin d'eux-mêmes, le thérapeute de TPSS+/ROTATE conceptualisera ces déficiences en termes d'interdictions intériorisées de prendre soin de soi qui ont été initialement imposées par les premières figures-clés (Jacobson 1964 ; Ferenczi 1949). Il peut expliquer de manière simple aux clients que c'est la voix intérieure d'un personnage-clé traumatique qui les empêche de prendre soin d'eux-mêmes.

- Conformément aux résultats communs de la recherche en psychothérapie (Luborsky 1984), la thérapie psychodynamique met fortement l'accent sur la qualité de l'alliance thérapeutique. Les contributions basées sur la théorie des relations psychodynamiques entre objets sont des outils précieux pour comprendre les structures relationnelles particulières des clients traumatisés nécessaires à la construction d'une alliance thérapeutique forte (Balint 1956 ; Luborsky 1984 ; Winnicott 1960). La prise en compte des aspects de transfert et de contre-transfert peut être utile pour la formation d'alliances chez les clients au traumatisme complexe, même dans le cadre d'approches à court terme telles que TPSS+/ROTATE. Les techniques de traitement des phénomènes difficiles de transfert et de contre-transfert sont les mieux élaborées dans la psychothérapie psychodynamique (Dalenberg 2000; Gabbard 1995 ; Wilson & Lindy 1994).
- La surveillance de ses propres réactions de contre-transfert peut être extrêmement importante pour le thérapeute de TPSS+/ROTATE afin de se protéger contre un traumatisme secondaire (vicariant). Par exemple, si le thérapeute est submergé par des émotions négatives au contact avec un client traumatisé, il devrait utiliser des techniques de distanciation et/ou demander l'aide d'un superviseur.

Que signifie concrètement ce cadre psychodynamique lorsqu'on applique TPSS+/ROTATE en tant qu'approche psychothérapeutique à court terme ?

- L'application d'une approche psychodynamique dans le cadre d'une psychothérapie à court terme exige que le thérapeute de TPSS+/ROTATE ne se concentre pas uniquement sur la réduction des symptômes. Il doit plutôt choisir l'orientation de la thérapie et les interventions nécessaires en fonction des besoins des clients. Bien sûr, la réduction des symptômes peut être le principal objectif thérapeutique de TPSS+/ROTATE, mais si on constate des problèmes interpersonnels troublants qui maintiennent les symptômes présentés, il faut mettre l'accent sur les problèmes de régulation interpersonnelle.
- L'orientation relationnelle psychodynamique qui est la base de l'approche TPSS+/ROTATE implique que les *activités diagnostiques et thérapeutiques sont inextricablement liées*. La qualité d'un diagnostic dépend fortement du type de relation établie entre le thérapeute et le client. Si un client ne se sent pas en sécurité dans sa relation, le thérapeute n'obtiendra pas l'information dont il a besoin. Par conséquent, le thérapeute doit s'abstenir de demander aux clients des détails sur les symptômes et les événements traumatiques sans avoir établi une bonne relation auparavant.
- L'application de TPSS+/ROTATE ne vise pas à enseigner la théorie psychodynamique de façon approfondie aux thérapeutes de TPSS+/ROTATE. Cependant, il vise à donner aux thérapeutes de TPSS+/ROTATE une compréhension de base de la orientation

relationnelle psychodynamique dans la pratique. Sur cette base, ils peuvent choisir les interventions les plus appropriées pour leurs clients.

- L'application de TPSS+/ROTATE en tant qu'intervention psychodynamique ne signifie pas l'utilisation d'un style thérapeutique "classique". Les thérapeutes en traumatologie psychodynamique sont de plus en plus d'avis qu'une approche "classique" du traitement psychanalytique qui repose principalement sur la libre association ou l'interprétation des conflits inconscients ne tient pas suffisamment compte de l'altération des fonctions ego des clients traumatisés et de la nature psychobiologique du traumatisme (Reddemann 2012). Au lieu de cela, des concepts psychodynamiques spécifiques au SSPT et fondés sur la neurobiologie sont nécessaires. Par conséquent, il est recommandé d'adopter un style thérapeutique qui répond activement aux besoins des clients et encourage la résolution des problèmes et l'activation des ressources. De plus, les thérapeutes de TPSS+/ROTATE invitent leurs clients à pratiquer et à faire régulièrement les exercices qu'ils leur enseignent. Au besoin, ils offrent des interventions de calme, de soulagement et de soutien, s'attaquent aux comportements inadaptés et autodestructeurs et encouragent des comportements plus adaptatifs. Ce type de style thérapeutique est conforme aux approches psychodynamiques relationnelles et structurales modernes (Greenberg & Mitchell 1983; Rudolf 2013; Wöller & Kruse 2014).

2.2 La résilience et le principe de l'activation des ressources

L'amélioration de la résilience des clients est l'objectif principal de TPSS+/ROTATE. Dans ce contexte, l'activation des émotions et des images positives est considérée comme cruciale pour le développement de la résilience. De nombreuses recherches suggèrent qu'il existe un lien étroit entre les émotions positives, l'adaptation et la résilience (Folkman et Moskowitz 2000 ; Fredrickson 1998). Comme le traumatisme bloque l'accès des clients aux émotions positives et aux capacités d'adaptation, l'activation des ressources est un élément-clé de l'approche TPSS+/ROTATE.

Les ressources peuvent être différenciées en ressources internes et externes.

Les ressources internes comprennent des

- capacités ou compétences
- activités agréables
- souvenirs positifs du passé
- visions positives de l'avenir
- images intérieures positives créées par l'imagination guidée.

Les ressources externes comprennent le soutien des

- membres de la famille
- amis
- organisations, etc.

Le but de l'activation des ressources est d'aider les clients à évoquer des états émotionnels positifs en activant les ressources internes et en utilisant des ressources externes.

- *L'activation des ressources internes* est l'outil thérapeutique central pour améliorer la

régulation des émotions. Cela peut se faire en évoquant des souvenirs d'expériences relationnelles positives ou en stimulant des fantasmes d'expériences positives. Par exemple, évoquer le souvenir d'un succès personnel peut avoir des effets positifs sur l'estime de soi.

- En termes d'ego-psychologie psychodynamique, l'activation des ressources internes signifie l'amélioration des compétences de maîtrise et d'adaptation des clients (Bellak et al. 1973). En termes de théorie des relations psychodynamiques des objets (Kernberg 1976), elle peut être comprise comme un processus de restauration de la capacité d'activer des relations objet intériorisées positives.
- Cependant, de nombreux problèmes des clients traumatisés résultent de leur incapacité d'*utiliser des ressources externes*. En ce sens, le thérapeute de TPSS+/ROTATE aide également les clients à contacter les personnes ou les organisations qui peuvent leur apporter le soutien dont ils ont besoin.

Dans ce but, le thérapeute TPSS+/ROTATE apprend systématiquement aux clients à rechercher activement des états émotionnels positifs. Toutes sortes d'activités, de souvenirs, de capacités et de pensées positives peuvent être utilisées comme ressources internes (par opposition aux ressources externes comme les personnes d'aide, etc.) À cette fin, le thérapeute demande au client de pratiquer des activités qui l'aident à sortir d'états émotionnels négatifs, à se souvenir d'expériences positives et à créer des états de sentiments positifs par le biais de l'imagination. En outre, le thérapeute rencontre les clients pour leur demander de pratiquer régulièrement des exercices d'imagination. Étant donné la grande variété de situations et d'activités qui peuvent contribuer à l'activation des ressources, ces techniques sont très appropriées au travail thérapeutique dans un contexte transculturel, car même les procédures traditionnelles de guérison peuvent être utilisées comme ressources.

2.3 Orientation neurobiologique

L'orientation neurobiologique de l'approche TPSS+/ROTATE tient compte de l'altération de la capacité de régulation des émotions et du traitement de l'information chez les clients atteints de SSPT (van der Kolk et al. 1996) en ajoutant des techniques spécifiques aux traumatismes pour améliorer la régulation des émotions et pour traiter les mémoires dysfonctionnelles. (Ces techniques spécifiques aux traumatismes seront décrites plus loin dans ce document).

Des études cliniques ont suggéré que le SSPT est un trouble impliquant à la fois une sous-modulation émotionnelle (manque de contrôle ou de désinhibition de la réponse émotionnelle) et des états de surmodulation émotionnelle (contrôle excessif des états émotifs). La sous-modulation émotionnelle se produit pendant la réactivation et l'hyperexcitation, tandis que la surmodulation se produit pendant les états de dissociation, d'engourdissement et d'analgésie. On a constaté que la sous-modulation émotionnelle est médiée par l'échec de l'inhibition préfrontale des régions limbiques, alors que la surmodulation émotionnelle peut être médiée par l'inhibition préfrontale des mêmes régions limbiques (Lanius et al. 2010).

2.4 Adaptation culturelle

En raison de la qualité particulière des interventions d'activation des ressources d'être modifiable en fonction des besoins spécifiques du client et du contexte, les techniques TPSS+/ROTATE sont très appropriées au travail thérapeutique dans un contexte transculturel. Dans le contexte culturel spécifique des pays à faible revenu, même les procédures de guérison traditionnelles peuvent être utilisées comme ressources.

Les thérapeutes de TPSS+/ROTATE sont fortement encouragés à modifier les protocoles en fonction de la culture et de la personnalité des clients. Si un thérapeute trouve qu'il est trop difficile pour un client de suivre exactement un protocole, il doit le rendre aussi concret que possible afin que le client puisse le comprendre facilement et y travailler efficacement.

Dans certaines cultures, l'imagination peut être un défi. Ensuite, le thérapeute de TPSS+/ROTATE modifie les exercices d'imagination afin que les clients les acceptent mieux (voir paragraphe 10.1).

2.5 L'autosoin des thérapeutes

En raison du danger toujours imminent de traumatisme vicariant et d'épuisement professionnel, TPSS+/ROTATE accorde une importance particulière au *bien-être et à la santé mentale des thérapeutes* (Pearlman & Saakvitne 1995). Par conséquent, le thérapeute de TPSS+/ROTATE devrait surveiller ses propres réactions de contre-transfert pour détecter les réactions émotionnelles qui augmentent le risque de traumatisme secondaire (voir paragraphe 16).

3 Indication et contre-indication de TPSS+/ROTATE

TPSS+/ROTATE est principalement indiqué pour les clients souffrant des symptômes du syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT, voir paragraphe 4.6).

Contrairement aux thérapies de confrontation, il n'y a pas de contre-indications avec l'utilisation de la méthode de TPSS+/ROTATE. Jusqu'à présent, aucun effet secondaire important n'a été signalé.

TPSS+/ROTATE n'est pas la thérapie de premier choix pour les clients souffrant d'un SSPT "classique" sans aucun signe de caractéristiques complexes du SSPT. Pour ces clients, le traitement de l'SSPT selon les lignes directrices internationales sur le SSPT (p. ex. la technique de TCC de l'exposition prolongée ou le protocole EMDR pour le traitement des traumatismes) est probablement supérieur à TPSS+/ROTATE. Néanmoins, en l'absence des thérapies mentionnées, TPSS+/ROTATE peut aussi être un bon choix.

Il est à noter que TPSS+/ROTATE n'est pas un traitement adéquat pour les troubles psychiatriques graves comme les psychoses schizophrènes et bipolaires. De même, les clients toxicomanes ont besoin d'un traitement spécial. Cependant, aucun effet négatif des interventions de stabilisation n'a été observé chez ces clients jusqu'à présent.

En règle générale, le thérapeute de TPSS+/ROTATE doit observer attentivement toutes les réactions du client lorsqu'il introduit une nouvelle technique. Il est possible qu'un client ne s'entende pas bien avec la technique ou l'exercice spécifique proposé par le thérapeute. Si le client se sent mal lorsqu'il est confronté à des souvenirs traumatiques, le thérapeute de TPSS+/ROTATE choisit une technique alternative qui s'adapte mieux aux besoins du client.

4 Connaissances de base en psychotraumatologie pour le thérapeute TPSS+/ROTATE

Le thérapeute de TPSS+/ROTATE devrait avoir une connaissance de base de la nature des événements traumatiques, des troubles traumatiques de la mémoire et des symptômes y liés.

4.1 Qu'est-ce qu'un traumatisme psychologique ?

Un traumatisme psychologique est défini comme une expérience ou une série d'expériences très pénibles qui entraînent un stress psychologique qui dépasse la capacité de la personne à intégrer ces émotions en jeu.

Les traumatismes psychologiques peuvent être causés par une grande variété d'événements. Les événements potentiellement traumatiques sont p.ex.

- les accidents
- les catastrophes naturelles, p.ex. les tremblements de terre, les tsunamis ...)
- les événements violents (un enlèvement ou viol)
- la violence intrafamiliale (la violence domestique)
- l'abus et la violence physique, sexuelle ou psychologique subie pendant l'enfance
- les traumatismes politiques (la guerre, le holocauste, les attaques terroristes, les prises d'otages ou la torture)
- le fait d'être témoin de violence.

Les expériences traumatiques représentent une menace pour l'intégrité d'une personne. Elles sont accompagnées par des sentiments d'impuissance, de perte de contrôle, de terreur, de détresse et d'abandon. Un même événement peut avoir des effets traumatiques différents lorsqu'il est vécu par des personnes différentes. Le viol, la torture et l'enlèvement sont les événements qui présentent le taux le plus élevé de symptômes posttraumatiques.

4.2 Deux catégories de traumatismes

Terr (1991) distingue deux types d'événements traumatiques :

- Les traumatismes de type 1 sont liés à des événements uniques et surprenants : accidents de route ou de travail, catastrophes naturelles, p. ex. tremblements de terre, accidents d'avion, agressions, viols, meurtres, etc.
- Les traumatismes de type 2 correspondent à une situation qui se répète. Ici, l'individu est constamment exposé à un danger identique ou similaire tel que la violence armée, la guerre, la torture, l'abus d'enfants, etc.

Les événements interpersonnels, c'est-à-dire les événements causés par l'homme, sont généralement plus nuisibles pour les victimes que les événements impersonnels comme les accidents ou les catastrophes naturelles.

4.3 Mémoire traumatique

Les symptômes du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) peuvent être compris comme le résultat d'un traitement incomplet d'une expérience traumatique. Un stress élevé pendant l'expérience traumatique conduit à un codage sensoriel et à une fragmentation de la mémoire (van der Kolk 1987). En conséquence de ce stress, le souvenir du traumatisme est mal élaboré et mal intégré dans son contexte de temps, de lieu et d'autres souvenirs. Le codage normal basé sur la signification est perturbé. Au lieu de cela, l'encodage sensoriel se traduira par des traces de mémoire perceptuelle qui sont invoquées par des stimuli perceptuels. Ainsi, dans le cas du SSPT, le rappel narratif intentionnel d'un événement traumatique sera désorganisé et des intrusions automatiques dans la mémoire se produiront.

Dans le SSPT, le survivant souffre de souvenirs répétitifs stressants ou de cauchemars de l'événement. Il se sent anxieux ou effrayé lorsqu'il est confronté à des indices internes ou externes qui lui rappellent certains aspects de l'événement traumatique. Le survivant revit la situation traumatique non pas comme un rappel du passé, mais comme si elle s'était reproduite dans le présent. Le souvenir de l'événement n'a pas été intégré dans la vie de la personne. Les "flashbacks" (souvenirs intrusifs) peuvent se produire sous forme d'images, de bruit, de voix, d'odeurs ou de cauchemars.

4.4 Déclencheurs

Toute vision, son, goût, odeur ou contact physique similaire aux sensations ressenties lors de l'incident traumatique peut déclencher une réaction physique, mentale ou émotionnelle similaire à celle ressentie lors de l'incident. Par exemple, regarder des scènes de guerre à la télévision peut rappeler à quelqu'un ses propres expériences traumatiques vécues pendant la guerre et causer le même stress émotionnel que dans la situation traumatique initiale.

4.5 Compréhension psychodynamique des symptômes et des comportements liés à un traumatisme

Les expériences traumatiques peuvent se traduire par différents types de symptômes : des symptômes psychologiques, par exemple l'anxiété, la dépression, les flashbacks, l'hyperexcitation, la dissociation, etc., ou des symptômes corporels, par exemple des sensations corporelles négatives, des troubles fonctionnels de l'intestin. Ils peuvent également se traduire par des comportements interpersonnels mal adaptés.

Les expériences traumatiques peuvent entraîner des symptômes et des comportements mal adaptés de plusieurs façons.

- Premièrement, il peut y avoir une *réactivation des souvenirs traumatiques* dans la vie quotidienne. Si les situations de la vie quotidienne, même si elles n'ont pas la dimension d'un traumatisme, ont certaines qualités communes avec l'expérience traumatique, elles peuvent déclencher une réactivation émotionnelle intensive que l'on retrouve normalement en réaction à un traumatisme. En conséquence, les clients développent des flashbacks et/ou des états émotionnels négatifs indifférenciés. Ces états

contiennent des composantes émotionnelles traumatiques d'impuissance et de solitude désespérée.

Une femme a eu des flashbacks de pertes dues au génocide après que sa sœur ait déménagé. Au moment du génocide, elle avait été séparée de sa sœur. Puis, elle s'est sentie complètement seule et sans défense. Actuellement, elle a une bonne relation avec sa sœur et il est possible de lui rendre visite.

- Deuxièmement, les expériences traumatiques peuvent compromettre *la capacité des clients à faire face aux conflits de la vie quotidienne*. Ainsi, les conflits interpersonnels "normaux" peuvent provoquer des sentiments de détresse écrasants. En conséquence, toutes sortes de symptômes peuvent se développer, par exemple des symptômes somatoformes ou des symptômes de dépression ou d'anxiété

Un homme est devenu anxieux et déprimé après avoir été critiqué par son patron. Son sentiment de colère était très semblable à celui qu'il éprouvait lorsqu'il était enfant et qu'il était battu par son père.

- Troisièmement, un traumatisme à long terme peut affecter *la capacité de régulation des émotions*. Ainsi, les émotions qui ne peuvent être régulées de manière adéquate peuvent produire toutes sortes de symptômes. Pour compenser la régulation inadéquate des émotions, certains clients s'engagent dans des schémas inadaptés comme l'automutilation ou la toxicomanie.
- Quatrièmement, un autre modèle mal adapté lié aux expériences traumatiques est la *dissociation*. La dissociation peut être un mécanisme d'adaptation précieux dans des circonstances traumatiques, car elle protège l'individu contre des émotions accablantes. Dans la vie quotidienne, cependant, les réactions dissociatives entraînent des difficultés substantielles dans les relations interpersonnelles. Alors que l'amnésie dissociative perturbe la continuité de la mémoire, dans certains états dissociatifs, les personnes concernées perdent le contact avec la réalité extérieure et se sentent et réagissent comme si elles étaient dans une situation traumatique, ce qui produit une confusion majeure et des réactions adverses dans leurs relations de la vie quotidienne.
- Cinquièmement, les expériences traumatiques à long terme, par exemple les traumatismes de l'enfance, peuvent compromettre *la capacité des clients à prendre soin d'eux-mêmes ou à se protéger*. Souvent, il existe une interdiction internalisée de prendre soin de soi ou de se protéger soi-même. Si les clients ne peuvent pas prendre soin d'eux-mêmes ou se protéger contre de nouveaux traumatismes, ils ne pourront pas satisfaire leurs besoins et courent un risque accru de retraumatisation.
- Sixièmement, les expériences traumatiques peuvent endommager l'image que le client a de lui-même. Un client qui a subi un traumatisme grave peut développer des *cognitions négatives* liées à sa propre personne, la considérant comme indigne, stupide, incompétente ou mauvaise. Il peut aussi acquérir la conviction qu'il ne mérite pas un bon traitement. Si les clients souffrent de cognitions négatives liées aux expériences traumatiques, ils n'ont pas la capacité d'agir de manière appropriée dans différentes situations sociales. Par exemple, si un client est convaincu qu'il lui est interdit de dire non, il ne sera pas en mesure de se différencier de manière appropriée dans différentes situations sociales. En conséquence, il développera des symptômes résultant de cette

incapacité. De même, il ne peut pas se protéger s'il existe une interdiction interne correspondante. Les convictions négatives sur soi-même sont par exemple

Une cliente a été déprimée après avoir été violée. Elle est restée seule tout le temps et s'est éloignée de la vie sociale. Lorsqu'elle était en difficulté, elle ne demandait pas d'aide à ses voisins. Elle était profondément convaincue qu'elle était une mauvaise personne qui ne méritait pas de recevoir de l'aide. Le thérapeute a émis l'hypothèse que ses cognitions négatives de soi contribuaient à son isolement social qui, à son tour, aggravait sa dépression.

Une cliente est incapable de demander de l'aide (par exemple parce qu'elle est convaincue qu'elle ne mérite pas d'être aidée). Au lieu de demander de l'aide, elle soulève de graves allégations contre les personnes qui pourraient l'aider. Par conséquent, elle ne reçoit l'aide de personne.

- Enfin, les expériences traumatiques peuvent compromettre la capacité d'une personne à vivre un processus de deuil normal.

Une cliente est devenue dépressive après la mort de son père. Elle n'a pas pu faire la paix avec son père parce que celui-ci l'avait beaucoup battu quand elle était enfant.

En plus de la psychodynamique liée au traumatisme décrite ci-dessus, le thérapeute TPSS+/ROTATE doit également envisager la possibilité que les symptômes du client puissent résulter de la psychodynamique liée au conflit qui n'est pas une conséquence directe de ses expériences traumatiques. En particulier, les conflits intrapsychiques (intérieurs) non résolus peuvent également provoquer des symptômes, par exemple un conflit entre l'amour et la haine :

Une cliente a souffert des maux de tête récurrents. La psychothérapie a révélé que les maux de tête s'aggravaient lorsqu'elle était en contact avec son frère. Elle a alors découvert qu'elle aime son frère mais qu'elle le déteste aussi parce qu'il a été un des auteurs du génocide. Cette situation a créé un conflit en son sein. Bien qu'elle n'ait pas été consciente de ce conflit au début, avec le temps, elle a reconnu le conflit intérieur et a trouvé un moyen de gérer consciemment les émotions qui y sont liées.

Un autre type de conflit (intérieur) intrapsychique est un conflit entre des pulsions agressives et des valeurs morales :

Un homme souffre d'une paralysie du bras droit pour laquelle aucune cause organique n'a pu être trouvée. La psychothérapie a révélé qu'il avait une forte pulsion de tuer le meurtrier de sa mère mais qu'il ne pouvait pas le faire car la religion chrétienne interdit le meurtre.

Dans ces cas, au lieu d'un travail de stabilisation ou de mémorisation axé sur le traumatisme, il est nécessaire de clarifier et d'explorer plus avant les conflits intrapsychiques.

4.6 Symptômes de SSPT (y compris le SSPT complexe)

Le diagnostic "classique" du SSPT est défini par les 3 groupes de symptômes suivants:

- *Ré-expérimentation (intrusions, flashbacks)* : Un *flash-back* est un souvenir involontaire récurrent, dans lequel un individu a une expérience soudaine, habituellement puissante, de revivre une expérience passée ou des éléments d'une expérience passée. Soudain, l'individu agit ou se sent comme si l'expérience stressante se reproduisait. Les cauchemars répétés, troublants et stressants peuvent être également des symptômes intrusifs du SSPT.
- *Évitement* : Les personnes atteintes du SSPT essaient d'éviter toutes les pensées, sentiments ou conversations qui leur rappellent l'événement traumatique. De même, ils évitent les endroits, les personnes ou les activités qui leur rappellent l'événement traumatique. Ils peuvent aussi présenter des symptômes assourdissants et émotionnels, des sentiments d'être détaché de la réalité et de distance par rapport aux autres.
- *L'excitation* : Les individus sont toujours " en alerte " ou en garde. Ils se sentent nerveux ou facilement surpris, comme si quelque chose de dangereux pouvait se produire soudainement.

En plus des symptômes "classiques" du SSPT, selon une proposition pour la CIM-11 (Cloitre et al. 2011; Maercker et al. 2013), le SSPT complexe est défini par 3 groupes de symptômes supplémentaires :

- *Affect* : L'amas d'affects est marqué par une dysrégulation émotionnelle, comme en témoignent une réactivité émotionnelle accrue, des accès de violence, des comportements téméraires ou autodestructeurs, ou une tendance à vivre des états dissociatifs prolongés sous stress. De plus, il peut y avoir un engourdissement émotionnel et un manque de capacité à éprouver du plaisir ou des émotions positives.
- *Concepts de soi négatifs* : Ce groupe de symptômes est caractérisé par des croyances persistantes à l'égard de soi comme étant diminué, vaincu ou sans valeur. Ces croyances peuvent s'accompagner d'un sentiment omniprésent de honte ou de culpabilité. Les clients souffrant d'un SSPT complexe peuvent développer des altérations dans leur sentiment d'auto-efficacité et une perturbation dans leur perception de la sécurité, de la confiance et de l'indépendance.
- *Perturbation relationnelle* : Les troubles interpersonnels sont définis par des difficultés persistantes à maintenir des relations durables. Certaines personnes peuvent constamment éviter les relations, alors que d'autres peuvent à l'occasion avoir des relations étroites, mais auront de la difficulté à maintenir leur engagement émotionnel.

4.6 Épisode dépressif majeur

Les épisodes de dépression majeurs peuvent être une autre conséquence d'un traumatisme complexe. Les symptômes des épisodes dépressifs majeurs peuvent inclure :

- Sentiments de tristesse, de vide ou de désespoir
- troubles du sommeil, y compris insomnie ou hypersomnie, c'est-à-dire trop de sommeil
- perte d'appétit

- manque d'énergie – même les petites tâches demandent un effort supplémentaire
- perte d'intérêt pour la plupart ou la totalité des activités normales, comme le sexe, les passe-temps ou les sports.
- anxiété, agitation ou inquiétude
- sentiments d'inutilité
- sentiments de culpabilité et tendance à se blâmer pour des choses dont on n'est pas responsable
- difficulté de se concentrer et de prendre des décisions
- perte d'estime de soi
- pensées fréquentes ou récurrentes de décès, de tentatives de suicide ou de suicide.
- problèmes physiques inexplicables, tels que maux de dos ou maux de tête

4.7 Dissociation

La dissociation est une perturbation des fonctions de conscience habituellement intégrées, de la mémoire, de l'identité ou de la perception. Les symptômes dissociatifs sont fréquents chez les clients ayant subi un traumatisme complexe. Les personnes qui ont été victimes de violence physique, sexuelle ou psychologique pendant leur enfance courent le plus grand risque de développer des troubles dissociatifs. Cependant, d'autres événements traumatiques, tels que la guerre, les catastrophes naturelles, l'enlèvement, la torture ou les procédures médicales invasives, peuvent également causer la dissociation.

À l'origine, les clients traumatisés ont développé des symptômes dissociatifs pour faire face à des expériences traumatiques en leur permettant de " fuir " l'excès des émotions vives. Cependant, à l'heure actuelle, les réactions dissociatives ont tendance à être dysfonctionnelles et perturbatrices pour la vie quotidienne. Habituellement, les symptômes dissociatifs sont précipités par des épisodes stressants déclenchant une mémoire traumatique. C'est en particulier une situation effrayante ou imprévisible qui augmente très probablement une réaction dissociative.

Il existe de nombreux types de symptômes dissociatifs, dont les plus courants sont :

- *Amnésie dissociative* : Les personnes présentent une perte de mémoire de quelques minutes à quelques heures (dans certains cas pendant plusieurs jours), le plus souvent déclenchée par des stimuli associatifs reliés à une mémoire traumatique. On peut supposer que l'amnésie psychogénique est un mécanisme de défense qui permet à l'individu d'éviter de se souvenir de l'expérience traumatique. Les symptômes amnésiques peuvent causer un stress important dans les relations avec les clients, au travail ou dans d'autres domaines importants de leur vie, car ils leur manquent souvent des renseignements importants.
- *Dépersonnalisation et déréalisation* : Les personnes souffrant de ce type de dissociation peuvent se sentir détachées, embuées ou rêvées. Leur perception des gens et des choses qui les entourent peut être déformée et irréaliste. Certains d'entre eux ont le sentiment que leur corps ne leur appartient pas tout à fait ou qu'il est détaché. D'autres observent leurs actions, leurs sentiments, leurs pensées et leur moi à

distance comme s'ils regardaient un film. Ils se sentent étranges, comme s'ils flottaient au loin, ou ils se sentent coupés de leur environnement immédiat. Certains ont envie de regarder le monde à travers un voile ou un verre, d'autres se sentent comme des marionnettes ou des robots. Dans le trouble de déréalisation, le monde autour de la personne peut sembler irréel ou lointain. Les deux symptômes peuvent être inquiétants. Ils ne peuvent durer que quelques instants mais aussi des heures ou des jours.

- *Fugue dissociative* : Ce trouble dissociatif relativement rare implique un voyage impulsif ou une errance. Les personnes atteintes de ce trouble peuvent quitter leur domicile ou leur lieu de travail et arriver à un autre endroit sans savoir comment elles y sont arrivées. L'épisode de fugue se caractérise typiquement par une amnésie.
- *Trouble de conversion* : Ce type de dissociation peut impliquer un large spectre de symptômes corporels tels que la paralysie des bras ou des jambes ou l'incapacité d'avaler, de voir ou d'entendre, etc. Tous ces symptômes apparaissent sans cause physique sous-jacente et ne réagissent pas au traitement médical.
- *Crises dissociatives* : Les crises dissociatives sont également appelées " crises non épileptiques " ou " crises psychogéniques ". Les crises dissociatives peuvent ressembler beaucoup à l'épilepsie. Typiquement, le client a des mouvements de battement qui ressemblent à une crise d'épilepsie généralisée. Les gens peuvent être victimes d'attaques secouées ou d'attaques lorsqu'ils sont tout simplement en panne d'électricité pendant un certain temps. Près de la moitié de toutes les personnes amenées à l'hôpital pour une épilepsie grave présumée ont des crises dissociatives. De nombreux clients ayant des crises sociales auront reçu un faux diagnostic d'épilepsie à un moment donné et pourront même avoir pris des médicaments contre l'épilepsie.
- *Des comportements incontrôlés* peuvent indiquer qu'un client a perdu contact avec la réalité actuelle. Les états sont déclenchés par des stimuli qui ont une similitude - même lointaine - avec l'expérience traumatique. Par exemple, les clients peuvent avoir un comportement agressif lorsqu'ils ont l'impression d'être plongés dans un état menaçant de traumatisme passé.
- *Trouble de l'identité dissociative*. Ce type de trouble dissociatif, anciennement connu sous le nom de trouble de la personnalité multiple, se caractérise par le " passage " à des identités alternatives.

4.8 Troubles somatoformes

Les troubles somatoformes sont des maladies mentales qui causent des symptômes corporels même si l'évaluation médicale ne révèle aucune pathologie physique explicative. Il existe une grande variété de symptômes somatoformes. Ils vont des symptômes tels que maux d'estomac et maux de tête aux troubles cardiaques ou gastro-intestinaux et peuvent inclure de nombreux autres types de troubles somatiques. Parfois, la pathologie est présente, mais les plaintes du client sont nettement supérieures à ce que l'on pourrait attendre des résultats physiques. Cependant, une cause médicale doit être soigneusement écartée avant qu'un trouble somatoforme puisse être diagnostiqué.

Le trouble douloureux somatoforme est un trouble somatoforme spécifique dont la douleur

est le principal symptôme. La douleur somatoforme, c'est-à-dire la douleur médicalement inexpliquée, est fréquente chez les clients traumatisés complexes. Les douleurs abdominales basses se manifestent généralement après un abus sexuel ou un viol.

Deuxième partie: Les interventions

5 Établir un sentiment de sécurité et de contrôle dans la relation thérapeutique

5.1 Se sentir en sécurité dans la relation thérapeutique

En premier lieu, il faut établir un sentiment de sécurité.

- Tout d'abord, il est très important de savoir s'il y a des conditions menaçantes autour du client. Si la violence se poursuit, le thérapeute doit aider le client à se protéger lui-même.
- La sécurité peut également être menacée par une maladie somatique. Ensuite, l'examen médical et le traitement de la condition sont obligatoires.
- La sécurité peut être menacée par des impulsions suicidaires qui nécessitent un examen plus approfondi et, si nécessaire, une hospitalisation.
- Dans certains cas, la sécurité sociale est un problème si le client n'a pas d'endroit où vivre. Les conditions économiques défavorables peuvent également constituer une menace pour la sécurité.

Même si l'environnement externe est sûr, plusieurs clients traumatisés ne se sentent pas en sécurité dans la relation thérapeutique. En termes psychodynamiques, cela se produit parce que les clients ont tendance à transférer au thérapeute les sentiments qu'ils ont éprouvés dans leur relation avec des personnages-clés importants. En particulier, les clients qui ont subi un traumatisme interpersonnel peuvent inconsciemment transférer la peur d'être rejetés, maltraités ou humiliés sur le thérapeute (voir paragraphe 15). Parlant métaphoriquement, ce sont les parties enfantines de la personne qui ont peur d'être retraumatisées par le thérapeute.

Par conséquent, en plus d'offrir une sécurité externe, l'amélioration du sentiment de sécurité dans la relation thérapeutique est un objectif explicite de TPSS+/ROTATE. Pour améliorer le sentiment de sécurité du client, le thérapeute de TPSS+/ROTATE peut lui demander ce dont il a besoin pour se sentir plus en sécurité et plus à l'aise dans la situation thérapeutique. Par exemple, il peut demander au client si la position assise est agréable. Certains clients se sentent plus à l'aise lorsqu'ils s'assoient à côté de la porte parce que les parties intérieures de leur enfant se sentent plus en sécurité lorsqu'ils ont la possibilité de fuir, c'est-à-dire de quitter rapidement la pièce. D'autres clients préfèrent parler avec le thérapeute à l'extérieur de la salle de thérapie parce que les parties de l'enfant sont effrayées lorsqu'elles sont enfermées dans une petite pièce.

T : Dites-moi ce dont vous avez besoin pour vous sentir plus en sécurité et plus à l'aise dans cette pièce. Veuillez assurer que nos deux places assises sont correctes. Peut-être aimeriez-vous que je m'assoie plus près ou plus loin de vous ?

Il est nécessaire de lui demander où il se sent subjectivement en sécurité, car en général, le client ne dit pas spontanément s'il se sent mal à l'aise ou en danger pendant la thérapie.

5.2 Renforcer le sentiment de contrôle

Compte tenu des craintes fréquentes des clients traumatisés de perdre le contrôle, leur sentiment d'avoir le contrôle est extrêmement important et devrait être renforcé dans la mesure du possible. Par conséquent, le thérapeute de TPSS+/ROTATE expliquera aux clients qu'ils garderont le contrôle total de tout ce qui se passe pendant la thérapie et que rien ne se passera pendant la thérapie sans leur consentement explicite. Par conséquent, toutes les étapes de la thérapie doivent être discutées avec le client. Cela peut être peu familier au client, car les clients traumatisés ont souvent l'idée qu'ils doivent "se rendre" à la thérapie. Si la cliente a l'impression qu'il lui arrive quelque chose qu'elle n'a pas accepté, on lui demande de le mentionner immédiatement. Lorsqu'il s'agit de situations dans lesquelles le client perd le contrôle à cause d'un trouble, comme c'est le cas pour les états dissociatifs, le client doit aider le client à reprendre le contrôle de ces états.

Afin d'éviter que le client ne se sente dominé, le thérapeute de TPSS+/ROTATE s'efforce d'impliquer le client dans toutes les décisions concernant la thérapie. Les clients sont priés de vérifier s'ils trouvent les recommandations du thérapeute utiles ou non. Ils ne devraient les accepter que s'ils peuvent les accepter comme utiles. Chaque fois qu'un client n'aime pas une recommandation, il est utile de chercher une alternative.

T: S'il vous plaît, dites-moi si vous êtes d'accord, si c'est possible de parler davantage de

T: Qu'est-ce qu'on devrait faire ensuite ? Serait-il possible pour vous de travailler sur X ou sur YT ?

5.3 Faire face aux comportements autodestructeurs et aux pulsions suicidaires

Les comportements autodestructeurs ou les impulsions suicidaires sont courants chez les clients victimes de traumatismes complexes. Ils doivent être traités en priorité tout au long des séances de thérapie. Pour les situations d'urgence, le thérapeute élabore un plan d'urgence détaillé. Les clients doivent savoir quoi faire et à qui s'adresser lorsque des pensées suicidaires surviennent.

Les contrats de traitement sont conseillés pour les pulsions suicidaires et les comportements autodestructeurs. Les clients doivent savoir quoi faire et à qui s'adresser en cas de détresse.

Le comportement d'automutilation se produit chez les clients souffrant de SSPT comme un modèle de réaction utilisé pour faire face des états émotionnels insupportables. Il provoque une libération émotionnelle, qui peut être expliquée biologiquement par la libération d'opiacés endogènes. En outre, l'automutilation peut mettre fin à la des états, en particulier des états de dépersonnalisation agonisante. Dans certains cas, l'automutilation

Le comportement peut également être l'expression d'une tendance à se punir soi-même. En revanche, d'autres facteurs psychodynamiques tels que la recherche d'attention ou d'affection ont tendance à être moins importants.

Pour l'approche thérapeutique, il est important de distinguer s'il s'agit d'incisions superficielles ou de coupes profondes. Dans le cas d'incisions superficielles, on doit préférer une attitude qui ni condamne moralement le comportement d'automutilation ni la récompense en lui accordant une attention et un soin supplémentaires. Il convient plutôt de signaler au client que l'amélioration de sa régulation émotionnelle doit être à la pointe de la thérapie afin de parvenir à ce que le comportement d'automutilation ne soit plus nécessaire pour réglementation. Par exemple, le thérapeute peut suggérer que le client Cependant, si les clients ont tendance à procéder à des coupes sombres, il convient de conclure un accord de traitement qui les oblige à abandonner ce comportement autodestructeur et de rechercher d'autres formes de régulation des émotions lorsque des situations émotionnelles difficiles se présentent.

Des *pensées suicidaires* surviennent chez les clients souffrant de SSPT, notamment en cas de comorbidité dépressive le désordre. *Des pulsions suicidaires aiguës* peuvent se manifester lorsque des situations traumatisantes du passé sont ravivées par les déclencheurs du présent. La situation actuelle de la vie est alors si bouleversante, menaçante et sans espoir pour le client que le calme de la mort semble être une libération tant désirée. Dans ces cas, le thérapeute doit aider le client à se réorienter vers l'ici et maintenant.

Pour le travail thérapeutique, il est nécessaire de préciser si les impulsions suicidaires concrètes ont se sont produits récemment ou sont toujours présents. Si tel est le cas, le client doit être en mesure de donner le

Le thérapeute a la garantie qu'il ne se fera pas de mal, au moins jusqu'à la prochaine séance de thérapie. Le client doit s'engager à répondre à toute pulsion suicidaire qui se produit pendant la session ou, s'il estime qu'il ne peut plus tenir sa garantie jusqu'à la prochaine session, à consulter une clinique. Dans le cas de clients présentant un risque de suicide, le thérapeute peut être amené à faire appel à la déclaration de garantie à plusieurs reprises. Il doit également être en mesure de juger si le client est capable de conclure un accord.

Les contrats de traitement sont conseillés pour les pulsions suicidaires et les comportements autodestructeurs. Pour les situations d'urgence, le thérapeute élabore un plan d'action d'urgence détaillé. Les clients doivent savoir quoi faire et qui contacter en cas de détresse.

5.4 Alliance thérapeutique

Une alliance thérapeutique d'aide se développe si le thérapeute écoute attentivement les mots des clients afin de bien comprendre ce qu'ils veulent communiquer. Plutôt que de donner des conseils prématurés au client, le thérapeute devrait prendre son temps pour déterminer quels sont les besoins et les problèmes réels du client. Si nécessaire, le thérapeute pose des questions détaillées pour assurer une meilleure compréhension.

Tout d'abord, une bonne relation thérapeutique implique que le client se sent en sécurité et en confiance dans sa relation (voir ci-dessus). Elle implique en outre un accord sur les objectifs et les tâches entre le thérapeute et le client.

Tout au long de la thérapie, le thérapeute TPSS+/ROTATE doit vérifier si le client est-il toujours "sur le même bateau ", c'est-à-dire s'il poursuit toujours les mêmes objectifs que le thérapeute. Le thérapeute demande continuellement aux clients de lui donner leurs commentaires :

- Vous vous sentez-vous à l'aise avec la situation thérapeutique ?
- Tu as compris ce que je t'ai expliqué ?
- Quelles interventions vous semblent utiles ?
- Y a-t-il quelque chose d'effrayant ou d'embarrassant dans la thérapie ?

Le thérapeute de TPSS+/ROTATE doit soigneusement vérifier les manifestations de transfert négatives ou idéalisées (voir paragraphe 15). Quant aux transferts négatifs, il doit s'efforcer de comprendre s'il y a quelque chose dans la situation thérapeutique qui effraie ou gêne le client.

6 Diagnostic et objectif principal de la thérapie et plan de traitement

Après avoir établi une relation thérapeutique de base, le thérapeute TPSS+/ROTATE définit l'orientation psychodynamique de la thérapie. L'accent peut être mis sur les symptômes que le client présente. Dans de nombreux cas, ces symptômes ne constituent pas la principale raison de la souffrance du client. C'est pour cela que l'accent sera mis sur les relations interpersonnelles.

Au lieu de définir des objectifs thérapeutiques abstraits, le thérapeute de TPSS+/ROTATE demande aux clients de décrire en détail les effets positifs qui se produiront si la thérapie est couronnée de succès. Les clients doivent développer une vision positive concrète quant au changement dans leur vie- auquel ils s'attendent si la thérapie fonctionne bien. En général, le thérapeute se concentre plus sur les solutions que sur la façon dont le problème s'est développé.

En fonction de l'orientation thérapeutique établie, le thérapeute de TPSS+/ROTATE élaborera un plan de traitement. Face au nombre limité de séances disponibles, il choisira avec soin la procédure thérapeutique la plus appropriée pour le client. Les exemples suivants peuvent l'illustrer :

- Si les intrusions sont le problème principal, le thérapeute de TPSS+/ROTATE peut enseigner au client la technique du conteneur comme technique de distanciation.
- Si un client souffre d'un épisode dépressif sévère, le thérapeute de TPSS+/ROTATE comprendra avec empathie la souffrance du client et combinera des interventions encourageantes avec une activation des ressources.
- Si un client est impliqué de façon répétitive dans des situations de conflit interpersonnel, le thérapeute de TPSS+/ROTATE renforcera sa capacité à gérer les conflits interpersonnels et il l'aidera à résoudre la situation de conflit spécifique.
- Si le manque d'estime de soi est le principal problème, le thérapeute s'efforcera de comprendre les situations et les relations dans lesquelles le problème se pose. Ensuite, il choisira des techniques d'activation des ressources pour améliorer l'estime de soi. Par exemple, il peut activer un souvenir positif d'un (petit) succès ou demander au client de pratiquer la technique du "point of power".
- Si l'autosoin est le problème le plus important, le thérapeute cherche à comprendre les raisons pour lesquelles le client a de la difficulté à pratiquer l'autosoin et l'aide à mieux le faire dans sa vie quotidienne.
- Si le client a peur d'une situation stressante dans un proche avenir, le thérapeute peut utiliser la "technique de l'absorption du stress" (voir paragraphe 8) pour activer des souvenirs d'adaptation positive et de compétences positives.

7 Psychoéducation

Un élément important de TPSS+/ROTATE est l'information sur la maladie, sur son origine et sur les modalités du traitement. Les clients devraient acquérir une compréhension de base du syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la dépression, le trouble dissociatif, le trouble somatoforme ou un autre trouble lié au traumatisme. Cependant, la mesure dans laquelle les explications sont données doit être adaptée au contexte culturel et éducatif du client. Il est préférable de donner peu à peu l'information que le client peut digérer. Il ne faut pas le submerger d'une énorme quantité d'information qu'il est incapable à intégrer. Certains des contenus de la psychoéducation peuvent être :

- De nombreuses séquelles de traumatismes peuvent être comprises comme des modèles de comportement adaptatif face à des conditions extrêmement stressantes et peuvent donc être dépathologisées : Les circonstances sont pathologiques, et non le client ou ses réactions. Une compréhension de base du fondement biologique des réactions traumatiques peut aider le client à se sentir moins anormal et à se libérer de ses reproches.
- Les changements rapides du niveau de stimulation, qui sont typiques des clients ayant subi un traumatisme complexe, peuvent être expliqués de manière plausible comme le résultat d'un déclenchement récurrent par des stimuli quotidiens associés au traumatisme.
- L'évitement et les symptômes anesthésiques deviennent compréhensibles comme une mesure de protection contre l'inondation émotionnelle par des souvenirs traumatiques.
- La surexcitation persistante des clients souffrant de SSPT peut s'expliquer par une vigilance accrue face à la possibilité d'un nouveau traumatisme.
- Dans le cas d'intrusions (flashbacks), il peut être important de noter que la clarté des détails contenus dans une image ne permet pas de tirer des conclusions fiables sur le déroulement réel de l'événement traumatique.
- Les informations sur la conception de la relation de travail thérapeutique et le déroulement de la thérapie sont également importantes. P.ex., Le client doit comprendre que la psychothérapie ne peut réussir que dans un effort de maîtrise commune et comprend des tâches auxquelles les deux parties, thérapeutes et clients, doivent contribuer de manière égale. En exigeant une contribution du client, le thérapeute apporte également sa confiance dans sa compétence et sa capacité à coopérer. En lui offrant simultanément son aide, il lui signale qu'il n'a pas à rester seule dans cette tâche.

8 Gestion des flashbacks

Pour gérer les flashbacks (mémoires intrusives ou dérangeantes), la technique du “conteneur” est un outil précieux (→ Annexe 1). Cet exercice d’imagination est approprié pour s'éloigner des états d'affect négatifs et des souvenirs traumatiques intenses. Il donne au client le contrôle du matériel traumatique. Cela aide à se distancier consciemment, au moins durant un certain temps. Le client enferme le matériel traumatique et décide si ou quand il veut retirer des pièces pour travailler au-dessus. La capacité de le faire est souvent une condition préalable pour pouvoir continuer le travail.

L'exercice du conteneur peut également être utilisé si les clients traumatisés sont “submergés” par des états émotionnels indifférenciés liés au traumatisme. Généralement, ces états émotionnels indifférenciés liés au traumatisme contiennent des éléments provenant du passé traumatique et des éléments provenant de la situation actuelle. Ils sont caractérisés par des sentiments d'impuissance, d'abandon et d'autres émotions négatives fortes. Par conséquent, le thérapeute aide le client à différencier entre ces états affectants en fonction de leur origine passée ou présente, et à régler l'effet négatif venant de la composante traumatique. À cette fin, les clients sont éduqués à utiliser des techniques imaginatives pour séparer les parties du sentiment appartenant au passé traumatique de celles appartenant au présent. Pour établir la distance par rapport à la partie traumatique de l'affect, ils sont invités à utiliser la technique du conteneur pour emballer” les parties qui appartiennent au passé (Allen 2001 ; Wöller et al. 2012, 2013).

T : Essayez d'imaginer ce sentiment de rage comme un objet que vous pouvez voir et saisir.

P : Je vais essayer. ... d'accord, ...je l'ai.

T : Identifiez maintenant la partie du sentiment qui correspond à la situation réelle et la partie du sentiment qui correspond au passé. Quel pourcentage du sentiment correspond à la situation réelle?

P : Environ 20 %.

T : Conservez ces 20% et mettez les 80% qui restent dans le conteneur.

Aidez le client à parler de ses expériences, mais ne le laissez pas tomber dans un état traumatique. Dans le cas du traitement de l'information traumatique tel qu'on le trouve dans le syndrome de stress post-traumatique, l'expression des souvenirs traumatiques n'est pas bénéfique. De plus, elle comporte le risque de tomber dans un état d'abandon et d'impuissance. Pour cette raison, enseignez au client les techniques de distanciation.

9 Améliorer la régulation des émotions

L'objectif principal de TPSS+/ROTATE est d'augmenter la capacité du client à maîtriser et à moduler les états émotionnels négatifs et l'excitation extrême. Les clients traumatisés sont souvent submergés par de graves émotions négatives. La plupart du temps, ils souffrent d'états émotionnels indifférenciés qui se caractérisent par des émotions négatives intenses telles que la peur, la rage, le désespoir, la honte, le sentiment d'abandon et le sentiment de culpabilité. Normalement, ces émotions sont déclenchées par des stimuli de la vie quotidienne qui sont associés à un traumatisme antérieur. L'activation d'états de ressources positifs et l'enseignement de techniques imaginatives pour engendrer des états émotionnels positifs sont au cœur du travail de stabilisation.

Pour améliorer la régulation des émotions, le thérapeute TPSS+/ROTATE peut choisir parmi plusieurs techniques :

- des activités qui aident à sortir des états émotionnels négatifs
- des souvenirs positifs de (petits) succès ou de rencontres positives
- des exercices imaginatifs

Dans un premier temps, le thérapeute peut demander aux clients quelles activités les ont aidés dans le passé à faire face aux états émotionnels négatifs. Si nécessaire, le thérapeute peut leur donner une liste d'activités typiques, p.ex.

- écouter de la musique
- faire du jogging
- rencontrer des amis
- jouer au football
- lire des bandes dessinées dans le journal
- se promener avec des amis
- jouer
- nager
- regarder la télévision
- se promener dans le jardin
- se reposer - faire une sieste
- rester seul
- prier
- parler avec le mari
- jouer avec le bébé
- changement de lieu
- avoir du sommeil – être endormi
- chanter la chorale

Il est important de noter que toutes ces activités peuvent aider ou non. Chaque client devra trouver son activité préférée.

Par ailleurs, le thérapeute peut encourager le client à identifier, à se souvenir et à imaginer de façon vivante *des souvenirs d'expériences positives*. Le thérapeute peut suivre ces étapes:

- Il demande au client d'identifier un souvenir d'un (petit) succès ou d'une autre

expérience positive (par exemple, une rencontre positive, etc.) au cours des derniers mois ou années.

- Il invite le client à imaginer une scène qui représente ce (petit) succès ou l'autre expérience positive.
- Le client doit ressentir le sentiment agréable lié à la mémoire positive.
- Le client doit ressentir l'agréable sensation corporelle liée à la mémoire positive.
- La procédure peut être répétée plusieurs fois.

Parfois, il peut arriver que l'émotion positive liée au souvenir de la ressource se transforme en émotion négative. Cela peut être le cas si le souvenir positif est lié de façon associative à un souvenir de traumatisme ou de perte, par exemple si le client active le souvenir d'une rencontre positive avec une personne décédée ou le souvenir positif d'un succès dans un emploi qu'il a perdu récemment. Au lieu d'évoquer un sentiment de bien-être constant, le client ressent l'émotion négative liée à l'échec ou à la perte. Par conséquent, il est important de trouver un souvenir qui n'est pas lié à une expérience de traumatisme ou de perte.

Si un client souffre de symptômes dépressifs, il est nécessaire de faire des interventions supplémentaires d'apaisement, de soulagement et d'encouragement. Pour traiter la dépression grave, les antidépresseurs devraient également être pris en considération. Les techniques d'activation des ressources peuvent être utiles, mais le thérapeute de TPSS+/ROTATE devrait s'assurer que l'application de techniques qui visent à évoquer des émotions positives n'est pas un moyen de minimiser la souffrance du client.

10 Exercices d'imagination pour améliorer la régulation des émotions

10.1 Aspects généraux

TPSS+/ROTATE offre une variété de techniques d'imagination pour améliorer la régulation des émotions en augmentant les états émotionnels positifs de sécurité, de calme et de bien-être. Il faut tenir compte de plusieurs aspects lorsqu'on travaille avec les techniques d'imagination :

- *Toutes les techniques d'imagination ont besoin de pratique.* Dans un premier temps, le thérapeute de TPSS+/ROTATE explique la technique au client. Ensuite, il la pratique avec le client. Et après cela, le client pratique l'exercice lui-même.
- Les clients doivent comprendre qu'au début, en pratiquant des exercices d'imagination il est normal d'avoir des *difficultés*. Par conséquent, le thérapeute de TPSS+/ROTATE encourage les clients à signaler toutes les difficultés qui surviennent. La plupart du temps, il y a des solutions. Par exemple, si un client trouve que le " lieu sûr intérieur " n'est pas vraiment sûr, le thérapeute l'aide à modifier le lieu jusqu'à ce qu'il soit sûr.
- *Préférence du client.* Le thérapeute peut tenir compte de la préférence du client pour des exercices d'imagination spécifiques. Il n'est pas nécessaire que chaque client maîtrise et pratique tous les exercices que le thérapeute présente. Le client doit plutôt identifier un ou deux exercices d'imagination qu'il aime pour les pratiquer.
- *Compatibilité avec la culture:* Les antécédents culturels des clients exigent des modifications des exercices. Souvent, les clients ont besoin d'explications. Il faut leur donner des exemples pour leur montrer comment on travaille de façon concrète avec les exercices. Par exemple, au *Cambodge*, certains clients avaient besoin de dessiner leur propre endroit sûr ou leur jardin intérieur pour développer un sentiment de sécurité. Ils portaient ces dessins sur eux et ils les regardaient quand ils se sentaient stressés. Pour la technique du "conteneur", les thérapeutes devaient parfois apporter un vrai conteneur (une petite boîte) pour le montrer à leurs clients avant de travailler sur l'exercice. Certains clients ont choisi d'autres objets comme une grande boîte en bois. Cependant, ils pouvaient trouver le moyen de la rendre plus forte et plus protectrice après l'hospitalisation.

Quant à l' "exercice de l'arbre", certaines séances de thérapie se déroulaient à proximité ou sous un arbre réel. Les thérapeutes accompagnent leurs clients à l'arbre avant de commencer la séance de thérapie. Ou, les clients dessinent un arbre (Commentaire de Thearom Ret).

Au Rwanda, les thérapeutes ont rapporté que les clients vivant dans les zones rurales préféraient jeter le matériel négatif dans une rivière plutôt que la mettre dans un conteneur. Pour eux, il était plus sûr de voir le matériel emporté que d'être mis dans un conteneur sans avoir la clé pour le verrouiller (Commentaire de Wolfgang Wöllner).

- *Stabilité de l'état de la ressource.* Comme dans le cas des souvenirs positifs, l'émotion positive liée à une imagination activatrice de ressources peut parfois se

transformer en une émotion négative si le contenu de l'exercice d'imagination est lié de façon associative à un souvenir de traumatisme ou de perte. Cela peut être le cas si le client visualise un " lieu sûr " situé à proximité d'un endroit où un événement traumatique s'est produit. Si cela se passe, le thérapeute de TPSS+/ROTATE devrait aider le client à trouver un autre endroit ou à utiliser une autre technique d'imagination.

Diverses techniques d'imagination visant à calmer et à accroître le sentiment de sécurité et de bien-être sont présentées, parmi lesquelles la technique dite du "conteneur ", l'imagination du "lieu sûr" et/ou la technique de la "lumière de guérison".

10.2 Le lieu sûr intérieur (Le lieu de bien-être)

Comme la régulation des émotions a beaucoup à voir avec le sentiment d'insécurité, l'imagination du "lieu sûr intérieur" peut être utile pour améliorer le sentiment de sécurité (→ Annexe 2). Comme le traumatisme bloque l'accès des clients à des états émotionnels positifs, l'approche vise à évoquer chez les clients traumatisés un état de bien-être psychologique. En outre, elle vise à améliorer les stratégies d'adaptation en activant directement les fonctions de l'ego et les relations intériorisées avec les objets (→ Annexe 2).

10.3 Le jardin intérieur

Un autre exercice d'imagination est celui du jardin intérieur (→ Annexe 3). Il convient également pour réguler l'humeur. Avec son aide, les clients peuvent créer un jardin dans leur imagination selon leur propre goût. Le thérapeute aide le client à modifier le jardin intérieur encore et encore jusqu'à ce que le jardin soit devenu un lieu de bien-être imaginaire.

10.4 L'arbre

L'exercice de l'arbre (→ Annexe 4) est une autre option pour créer un état plein de ressources. Le fantasme d'une relation positivement étroite et nourrissante peut être créé, par exemple, par l'exercice de l'arbre.

10.4 Les aides intérieures

Une autre technique imaginative valable est l'imagination des "aides intérieures" (→ Annexe 5). Elle permet aux clients de créer des êtres idéaux dans l'imagination, que l'on imagine exclusivement bons et serviables et auxquels on peut faire appel à tout moment pour obtenir de l'aide ou des conseils. Les figures d'aide intérieure peuvent être dotées de toutes les capacités dont les clients ont besoin : force, calme, sagesse, fiabilité ou rapidité. Elles sont là chaque fois qu'on en a besoin. On choisit souvent des personnages de contes de fées, des anges gardiens ou une "bonne fée", une vieille femme sage, de "bons" animaux ou des idoles du cinéma et de la télévision. Il ne convient pas de choisir des personnes réelles proches du client, car les relations étroites ne sont jamais exemptes d'ambivalence. On peut cependant imaginer des personnes idéalisées lointaines avec lesquelles il n'y a pas de contact réel, ou celles qui sont déjà mortes, comme

une grand-mère compréhensive. Le client peut créer un nombre illimité de figures d'aide interne.

L'exercice "aide intérieure" est particulièrement utile pour les clients qui se sentent seuls. La création d'une figure d'aide intérieure peut représenter la sagesse, le soutien, l'amour et la sécurité.

10.6 Le point du pouvoir

Il s'agit d'une technique lorsqu'il est nécessaire d'installer un sentiment positif ou une ressource pour faire face à un problème spécifique à l'heure actuelle ou dans le future (→ Annexe 6).

10.7 Le flux lumineux (la lumière guérissante)

Cet exercice est utile pour balayer les mauvaises sensations corporelles et comme exercice de clôture à la fin d'une séance. Il est particulièrement utile pour les troubles somatiques douloureux liés aux traumatismes. (→ Annexe 7).

11 Promouvoir l'autosoin et l'autoprotection

La promotion de l'autosoin et de l'autoprotection est un sujet important de TPSS+/ROTATE. La plupart des clients ayant des antécédents de traumatismes complexes présentent des problèmes majeurs d'autosoin et d'autoprotection. Souvent, ils ont l'impression qu'il n'est pas permis de prendre soin d'eux-mêmes ou de se protéger. Certains d'entre eux ont le sentiment qu'ils ne méritent pas de prendre soin d'eux-mêmes ou de se défendre parce qu'ils sont des personnes indignes. Une compréhension psychodynamique de ces cognitions négatives révèle généralement une interdiction intériorisée de l'autosoin et de l'autoprotection résultant des relations abusives de l'enfance avec des personnages clés.

Le thérapeute de TPSS+/ROTATE éduque le client sur l'importance des soins personnels et de l'autoprotection. Il déclare que l'autosoin et l'autoprotection ne sont pas seulement autorisés mais aussi nécessaires pour améliorer l'autorégulation. Si nécessaire, le thérapeute donne des exemples pratiques sur la façon de commencer à prendre soin de soi et à se protéger dans la vie quotidienne.

T : J'ai compris qu'il est assez difficile pour vous de dire "non" si vous n'êtes pas d'accord. De quoi avez-vous besoin pour dire clairement "non" dans les situations où vous n'êtes pas d'accord ? Peut-être avez-vous besoin d'un moment pour réfléchir d'abord ? Dans un premier temps, vous pourriez demander à la personne de donner un peu de temps pour réfléchir au lieu de donner une réponse rapide. Ensuite, vous pouvez réfléchir à la question de savoir si vous serez d'accord ou non.

Chez certains clients, il est conseillé de travailler sur les cognitions négatives qui sous-tendent le manque d'autosoin et d'autoprotection. Dans la mesure du possible, le thérapeute TPSS+/ROTATE établit un lien entre les cognitions négatives et les expériences relationnelles négatives du client avec des figures clés abusives :

T : Encore et encore, votre mère vous appelait "égoïste". Elle voulait que vous vous occupiez d'elle. En tant qu'enfant, vous n'aviez d'autre choix que de vous considérer comme "égoïste". De ce point de vue, il est compréhensible que l'autosoin soit difficile pour vous. Mais maintenant que vous avez grandi, pensez-vous encore que vous êtes égoïste quand vous prenez soin de vous-même ?"

12 Techniques de réorientation pour sortir des états dissociatifs

Si un client est plongé dans un état dissociatif, le thérapeute de TPSS+/ROTATE utilisera la technique de réorientation pour l'aider à s'en sortir. Les techniques de réorientation sont de simples stratégies qui aident les clients à revenir au présent dans l' "ici et maintenant ". À cette fin, le thérapeute de TPSS+/ROTATE demande au client de se concentrer sur le monde extérieur plutôt que sur le monde intérieur, rempli d'émotions traumatiques et écrasantes.

Il y a deux façons d'utiliser une technique de réorientation :

- Lorsqu'un client *a perdu le contact avec la réalité extérieure* à cause d'un état dissociatif aigu, le thérapeute TPSS+/ROTATE l'aide activement à sortir de cet état dissociatif en orientant son attention vers des stimuli visuels, acoustiques ou corporels extérieurs ou vers la pensée rationnelle.
- Lorsqu'un client *perd à plusieurs reprises le contact* avec la réalité extérieure et tombe dans des états dissociatifs, le thérapeute de TPSS+/ROTATE lui apprend à rester dans le présent.

Si un client est dans un état dissociatif (c.-à-d. s'il se sent ou se comporte comme s'il était dans une situation du passé traumatique), le thérapeute de TPSS+/ROTATE peut suivre les étapes suivantes:

- 1 - Le thérapeute doit rester calme et utiliser un langage très clair.
- 2 - Il s'adresse à la personne et se présente : "Je suis M. / Mme..., je suis là pour vous aider."
- 3 - Il doit lui dire très clairement : "Vous êtes en sécurité ici. Nous sommes à tel y tel endroit : Nous sommes en l'an deux mille ... Il n'y a plus de danger maintenant.»
- 4 - Demandez au client de détourner son attention des expériences intérieures et de la diriger vers la réalité extérieure. Rassurez le client qu'il est en sécurité. Dites-lui très clairement : Ouvrez les yeux, regardez-moi, je suis..., regardez ce bâtiment, vous savez ce que c'est ? Regardez cet arbre. Regardez cette personne. Vous savez qui c'est?
- 5 - Essayez de toucher la personne doucement (observez si cela aide – parfois en touchant vous causez de la peur).
- 6 - Donnez au client un objet, par exemple un crayon, etc. et demandez-lui de le toucher et de le saisir. Dites par exemple : Regardez ce crayon etc.
- 7 - Vous pouvez demander au client
 - de sentir quelque chose (par exemple un parfum)
 - de marcher dans la pièce
 - d'observer quelque chose
 - de sentir son propre corps

- d'exercer une activité
- d'effectuer un simple problème arithmétique

T : Pendant que vous sentez le sol sous vos pieds, vous pouvez regarder autour de vous dans la pièce. Regardez cette pièce. Combien d'objets rouges y a-t-il dans cette pièce ? Regardez cette maison. Vous connaissez cette maison ? Regardez tout autour de vous. Sachez que vous êtes totalement en sécurité.

Lorsque le client passe de façon répétée en état de dissociation, le thérapeute de TPSS+/ROTATE peut lui enseigner une procédure pour rester dans le présent plutôt que de tomber dans un état dissocié.

Normalement, les clients entrent dans des états dissociatifs au moment où une mémoire traumatique est déclenchée. Inconsciemment, ils utilisent le mécanisme de la dissociation pour "fuir" la situation qu'ils perçoivent comme menaçante. Habituellement, les clients disent qu'ils perdent le contact avec le monde de la vie quotidienne d'un seul coup. Cependant, une observation plus approfondie montre qu'ils ne passent pas à un état dissociatif tout à fait soudainement. Ils signalent plutôt un court laps de temps de quelques secondes ou minutes pendant lequel ils peuvent réagir et essayer de rester dans le présent.

1 - Le thérapeute éduque le client à remarquer l'altération mineure de la conscience qui précède le plus souvent la perte de conscience - une sorte de faiblesse de perception (un sentiment d'être " détaché ", une sorte de " brouillard ", un sentiment d'être " derrière un mur de verre ") - les moments où le client commence à " partir ".

2 - Il éduque le client à décider consciemment de ne pas plonger dans un état dissociatif (de ne pas " partir ") et de rester dans le présent.

3 - Il demande au client d'utiliser les techniques de la " réorientation vers l'ici et maintenant ", par exemple

- saisir quelque chose
- sentir quelque chose
- se promener dans la pièce
- observer quelque chose, etc.

13 La technique d'absorption du stress

La technique d'absorption EMDR est une technique d'activation des ressources pour améliorer la capacité à faire face aux situations stressantes liées au traumatisme (→ Annexe 8). Elle est basée sur l'EMDR qui vise à renforcer les capacités d'adaptation spécifiques (Hofmann 2009). Il s'agit d'une modification du protocole EMDR pour le développement et l'installation de ressources (RDI) initialement développé par Korn & Leeds (2002).

Pour renforcer et généraliser les ressources afin de faire face à des situations difficiles et stressantes dans le présent ou dans le futur, le thérapeute utilise de courts ensembles de 4 à 8 mouvements oculaires bilatéraux (tapotements ou tonalités) pour augmenter l'intensité des émotions positives activées et des ressources pour faire face. Normalement, le stress lié à la situation de vie difficile originaire diminue.

Le thérapeute procède de la manière suivante:

1. Il demande au client d'identifier une situation stressante dans le présent ou dans un avenir proche et de nommer la charge de stress qui y est associée. Voici l'échelle de stress subjectif déjà mentionnée (SUD, Wolpe 1969, où "0" signifie pas de stress et "10" le stress le plus élevé imaginable).
2. Il demande au client d'identifier les ressources nécessaires pour faire face au stress actuel ou imminent en termes de capacités ou de caractéristiques. En général, trois ressources différentes sont suffisantes. Il doit veiller à ce que ces qualités soient différentes, par exemple le calme - l'énergie - la confiance en soi. (Les ressources telles que le "repos", la "détente" et le "calme" ont presque la même qualité et doivent être comptées comme une seule ressource).
3. Dans une étape suivante, le client est invité à rechercher des situations de son histoire de vie où la première capacité ou qualité était disponible pour lui.
4. Puis, il demande au client d'imaginer la scène dans laquelle il avait la capacité ou la caractéristique correspondante à sa disposition et de ressentir l'émotion positive qui s'est produite ainsi que le sentiment corporel positif qui lui appartient.
5. Le thérapeute répète la procédure l'un après l'autre avec les deux autres capacités ou qualités et demande au client de trouver les scènes de sa vie dans lesquelles elles étaient disponibles et de les rendre vivantes et physiquement positives.
6. Le thérapeute demande maintenant au client de relier les états émotionnels positifs et les sensations corporelles positives entre eux et de les ressentir intensément en pensant aux trois expériences de compétence du passé.

Troisième partie : Questions de relations difficiles

14 Résistance

Qu'est-ce que la résistance ? Si un client réagit négativement à des actions thérapeutiques, nous appelons ce type de comportement résistance. Souvent, les clients sont appelés "clients difficiles" ou clients non motivés. Les thérapeutes se sentent souvent frustrés, stressés ou impuissants face au comportement de résistance du client. Les clients peuvent ...

- faire la conversation sur des sujets non pertinents
- s'engager dans un discours intellectuel en utilisant de manière répétée des concepts abstraits
- poser une série de questions sans intérêt
- produire de nombreux problèmes physiques
- se préoccuper des événements passés au lieu de discuter des problèmes actuels

Lorsque les thérapeutes communiquent ces sentiments aux clients, il se produit généralement une résistance encore plus grande. Il est donc un défi de mieux comprendre les raisons de cette résistance et de trouver des moyens d'y réagir de manière à permettre au client de rester dans la relation thérapeutique.

Une définition traditionnelle définit la résistance comme "tout comportement qui indique une opposition cachée ou ouverte au thérapeute et au processus thérapeutique". Le problème de cette définition traditionnelle est qu'elle place le problème au sein du client : C'est le client qui ne coopère pas de manière adéquate, alors que le thérapeute reste sans contrôle sur le processus thérapeutique. Toutefois, une telle perspective négative n'est pas compatible avec une position axée sur les ressources.

Contrairement à la définition traditionnelle, une compréhension plus récente conçoit la résistance comme un moyen d'éviter les sentiments désagréables ou dangereux qui entravent le fonctionnement. En tant que telle, elle est considérée comme une autoprotection car elle fonctionne pour préserver le fonctionnement de la vie quotidienne. Dans ce contexte, une approche de la résistance fondée sur la théorie de l'interaction sociale encourage une nouvelle compréhension du comportement de résistance des clients, car elle pourrait protéger la relation thérapeutique des émotions négatives. Ainsi, au lieu de placer le problème au sein du client, les thérapeutes pourraient envisager de nouvelles façons de gérer la résistance en explorant soigneusement ses réactions de peur et de honte face à la tâche thérapeutique. Cette perspective contribue non seulement à une compréhension plus empathique du client, mais elle permet également aux thérapeutes de gérer la résistance des clients.

La première étape consiste à reconnaître les signes de résistance chez le client comme les suivants ::

- Vous vous sentez stressé lorsque vous travaillez avec le client.

- Vous avez l'impression d'essayer sans succès de convaincre un client de quelque chose que vous trouvez important.
- Vous avez l'impression de travailler plus dur que votre client pendant la séance.
- Vous avez l'impression de vous débattre avec le client.

La deuxième étape consiste à identifier les sources de résistance.

- *La peur.* La peur est la raison la plus fréquente de la résistance. Dans de nombreux cas, les clients ressentent de la peur lorsqu'ils essaient de cibler clairement leur problème car ils ont peur des conséquences qu'il entraîne. Ou bien ils ressentent de la honte pour une raison quelconque. Souvent, le problème principal n'est pas de trouver une solution, mais de réfléchir si la solution déclenche la peur ou la honte. Il est donc nécessaire d'explorer en profondeur les aspects des problèmes liés à la peur et à la honte et leurs solutions possibles.

Une cliente a parlé à plusieurs reprises de sa haine envers son mari et de sa volonté de divorcer. Bien qu'elle ait clairement souhaité divorcer, elle n'a pas pris cette décision et est restée dans la relation. Avec l'aide du thérapeute, elle a découvert à quel point elle était dépendante de son mari, et peu à peu, elle a pris conscience des nombreuses craintes qu'elle éprouvait en pensant au divorce.

- *Le transfert.* Le transfert peut également être un motif de résistance. Si un client est consciemment ou inconsciemment convaincu que le thérapeute a une attitude critique à son égard (parce qu'il projette sur lui des aspects de son père), il ne discutera pas librement de tous les aspects du problème car il craint d'être critiqué par lui.
- *Des étapes trop grandes ou un mauvais timing d'intervention.* Souvent, les étapes que les thérapeutes attendent de leurs clients sont trop grandes. Des étapes trop importantes peuvent faire craindre l'échec ou déclencher d'autres craintes. Il est alors conseillé de suggérer de faire "le plus petit pas possible" pour passer à la correction souhaitée. Parfois, un thérapeute a tendance à confronter un client à un problème qu'il a identifié alors que le client n'est pas prêt à travailler. Dans ce cas, ralentir le processus et prendre des mesures plus petites peut être un moyen de sortir de la résistance.
- *Manque d'accord sur les objectifs de la thérapie.* Il arrive souvent que les thérapeutes poursuivent un objectif thérapeutique qui n'a pas fait l'objet d'un accord mutuel. Il est donc nécessaire de vérifier régulièrement s'il existe un accord sur les objectifs de la thérapie.

15 Transfert

Les difficultés de créer une alliance thérapeutique d'aide peuvent résulter du transfert des clients au thérapeute. Le transfert est un phénomène commun dans lequel une personne en traitement dirige les sentiments pour des personnages importants de sa vie antérieure sur le thérapeute (Freud 1917). Les transferts peuvent devenir un problème dans le traitement des clients traumatisés. Dans le pire des cas, ils peuvent perturber la relation thérapeutique et entraver les progrès thérapeutiques (Dalenberg 2000). D'un point de vue psychodynamique, cela a à voir avec le statut d'attachement précaire que l'on retrouve chez la plupart des clients traumatisés complexes.

La théorie psychodynamique distingue plusieurs types de transferts. Dans le traitement des clients traumatisés, deux d'entre eux méritent une attention particulière : les transferts négatifs (agresseur) et les transferts trop positifs ou idéalisés (sauveteurs).

- Un *transfert négatif (de l'agresseur)* dirigé vers le thérapeute signifie que le client projette consciemment ou inconsciemment aux thérapeutes les sentiments négatifs des figures clés autrefois traumatisantes. Si un client a des antécédents de violence psychologique pendant son enfance et qu'un de ses parents l'a maltraité ou l'humilié, le client peut projeter ces sentiments au thérapeute. Il peut avoir peur d'être à nouveau traumatisé, p. ex. blessé, humilié ou rejeté par le thérapeute. Les phénomènes de transfert négatif se produisent généralement lorsqu'un client est déclenché par certaines caractéristiques du thérapeute ou par certaines circonstances de la situation thérapeutique qui lui rappellent ses propres expériences traumatiques non résolues.
- Un *transfert trop positif (idéalisé, sauveur)* signifie que le client adopte une relation idéalisatrice envers le thérapeute et projette tous les désirs de guérison et de sauvetage vers lui ou elle. Le client voit le thérapeute comme un sauveur omnipotent.

Les transferts négatifs et trop positifs peuvent avoir des conséquences négatives sur le traitement :

- Un *transfert négatif (de l'agresseur)* peut entraîner une attitude négativiste à l'égard de la thérapie et rendre impossible la coopération en thérapie. Une conséquence typique d'un transfert négatif vers le thérapeute se présente lorsque le client ne parle pas de problèmes de honte ou de ses propres échecs parce qu'il s'attend consciemment ou non à ce que le thérapeute le critique ou l'humilie.
- Sur la base d'un *transfert trop positif et idéalisant*, le client s'attendra à être complètement guéri ou secouru par le thérapeute sans avoir à participer au processus thérapeutique. De même, il s'attend à ce que le thérapeute ait une solution à tous ses problèmes. Non seulement cette attitude passive désorganisera la coopération, mais elle se traduira finalement par une grande déception face à l'inévitable incapacité du thérapeute à satisfaire les attentes du client.

Par conséquent, le thérapeute de TPSS+/ROTATE devrait soigneusement et doucement vérifier les réactions de transfert qui empêchent le sentiment de sécurité du client et sa tendance à coopérer à la thérapie. De même, le thérapeute doit surveiller attentivement les perturbations subtiles de l'alliance thérapeutique résultant des phénomènes de

transfert. Il n'est pas rare que les déficits de l'alliance soient comblés, ce qui peut permettre de renforcer l'alliance.

Les réactions de transfert comprennent l'éducation du client sur la réalité de la situation thérapeutique. Plus précisément, il faut rappeler au client qu'il a le plein contrôle de la thérapie et qu'aucune mesure thérapeutique ne sera prise sans son consentement.

T : Évidemment, le sujet était très effrayant pour vous. Peut-être que vous ne pouvez pas me le dire parce que vous pensez que je vous critiquerais ?

16 Contre-transfert et l'autosoin du thérapeute

Le contre-transfert fait référence à l'ensemble des réactions du thérapeute envers le client (Heimann 1950). Il comprend les réactions du thérapeute au transfert du client en thérapie, mais il existe aussi plusieurs autres sources de contre-transfert. Une source importante de réactions de contre-transfert est le propre traumatisme du thérapeute. Les réactions de contre-transfert peuvent varier de fortes réactions positives à de fortes réactions négatives envers le client (Wilson & Lindy 1994).

- La divulgation d'expériences traumatiques par le client peut évoquer des émotions comme la compassion et la tristesse chez le thérapeute. Lorsque le thérapeute reconnaît des aspects familiers de l'histoire du traumatisme du client qui peuvent être liés à lui-même, une suridentification avec le client peut être un problème. La suridentification avec le client peut créer de la souffrance pour le thérapeute. Dans le pire des cas, elle peut causer un épuisement professionnel ou un traumatisme secondaire au thérapeute.
- Le thérapeute peut avoir honte du dégoût qu'il ressent en écoutant les histoires traumatiques du client.
- Une autre réaction de contre-transfert difficile à gérer peut être la rage envers l'agresseur du client. Une rage intense peut aussi distraire le thérapeute du processus de traitement et mener à une identification excessive avec le client. Le thérapeute peut avoir de la difficulté à garder une position professionnelle qui l'empêche de penser de façon rationnelle.

Certaines réactions de contre-transfert à l'égard d'un client peuvent être comprises comme le résultat de mécanismes de défense pour contrebalancer les émotions négatives à l'écoute des récits traumatiques du client. Certains thérapeutes utilisent inconsciemment des stratégies de distanciation en développant une déconnexion avec les aspects émotionnels de la description des événements traumatiques du client. D'autres minimisent la dimension de l'expérience traumatique du client et se convainquent que le client exagère dans ce qu'il dit. Bien que compréhensibles, ces mécanismes de défense peuvent perturber ou endommager la relation thérapeutique avec le client et compromettre le résultat du traitement.

Le traumatisme secondaire est la réaction de contre-transfert la plus grave qui se produit lorsqu'une personne entend l'histoire d'un client traumatisé. Ses symptômes imitent ceux du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Par conséquent, les thérapeutes affectés par le stress secondaire peuvent ressentir des flashbacks, des réactions d'évitement et une augmentation de l'excitation. De même, ils peuvent développer des symptômes dissociatifs tels que perte de mémoire ou dépersonnalisation et déréalisation (voir paragraphe 4.3).

Le thérapeute de TPSS+/ROTATE doit être conscient de ses propres réactions de contre-transfert pour prendre en charge son client afin d'assurer une présence émotionnelle sûre et des limites thérapeutiques fiables. La prise de conscience de ses propres réactions de contre-transfert peut également permettre au thérapeute de TPSS+/ROTATE de détecter les premiers signes de son propre traumatisme vicariant.

Si nécessaire, le thérapeute doit utiliser ses compétences d'autorégulation afin de gérer ses propres émotions négatives et de prévenir les réactions de traumatisme vicariantes. Reconnaître, comprendre et gérer ses propres réactions contre-transférentielles peut protéger contre la suridentification et l'éloignement excessif du client (Wilson & Lindy 1994). La capacité d'identifier les réactions négatives de contre-transfert comme résultat des états projectifs du client peut aider le thérapeute à retrouver une position détachée, mais néanmoins empathique en thérapie.

Références

- Balint M (1956). *Primary Love and Psycho-Analytic Technique*. London: The Hogarth Press.
- Bateman A, Fonagy P (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Chu JA (1998). *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex Post-traumatic and Dissociative Disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Courtois CA (1999). *Recollections of Sexual Abuse: Treatment Principles and Guidelines*. New York: W. W. Norton.
- Dalenberg CJ (2000). *Countertransference and the Treatment of Trauma*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ferenczi S (1949). Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child – (The Language of Tenderness and of Passion). *Int J Psycho-Anal*, 30, 225-230.
- Folkman S, Moskowitz JT (2000). Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol* 55(6):647–54.
- Fredrickson BL (1998). What good are positive emotions? *Rev Gen Psychol* 2, 300-319
- Freud S (1917). *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. (Part III). S.E. 16, 243-463.
- Gabbard GO (1995). Countertransference: The Emerging Common Ground. *Int J Psychoanalysis*, 76, 475–485.
- Greenberg J, Mitchell SA (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Mass./London: Harvard Univ Press.
- Heimann P (1950). On countertransference. *Int J Psychoanal*, 31, 81–84.
- Herman J (1997). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Hofmann A (2011). The inverted standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. In: Luber M (ed). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations*. New York; 313-6; http://www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriffsdatum: 15.11.2011)
- Jacobson E (1964). *The Self and the Object World*. New York: New York: International Universities Press.
- Kernberg OF (1976). *Object-relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Korn DL, Leeds AM (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychology*, 58, 1465-1487.
- Knipe J (2011). The method of Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS). In: Luber M (ed). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols. Special Populations*. New York; 235-244; http://www.springerpub.com/samples/9780826122391_chapter.pdf (Zugriffsdatum: 15.11.2011).
- Kruse J, Joksimovic L, Cavka M, Wöller W, Schmitz N (2009). Effects of trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *J Trauma Stress*, 22, 585-592.
- Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, O., Schüssler, G., & Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITI) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 189-197.
- Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD., et al. (2010).

- A dissociative subtype of PTSD: Clinical and neurobiological evidence. *Am J Psychiatry*, 167, 640–647.
- Leeds AM (1998). Lifting the burden of shame: Using EMDR Resource Installation to resolve a therapeutic impasse. In: Manfield P (Ed.). *Extending EMDR. A case book of Innovative Applications*. New York: W.W. Norton.
- Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Dally A, Streeck U (2010). The effectiveness of psychoanalytic-interactional psychotherapy (PIP) in borderline personality disorder. *Bull Menninger Clin*, 74, 206-218.
- Luborsky L (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatments*. New York, Basic Books.
- Pearlman LA, Saakvitne KW (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: Norton.
- Reddemann L (2012). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. 7. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta
- Popky AJ (2005). DeTUR, an Urge Reduction Protocol for Addictions and Dysfunctional Behaviors. In: Shapiro R (ed), *EMDR Solutions: Pathways to Healing*. New York: W. W. Norton; 167-188.
- Rudolf R (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie*. 3. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer
- Sachsse U, Vogel C, Leichsenring F (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin*, 70, 125-144.
- Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Gray SH (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical literature and psychopathology literature. *Psychiatry*, 71, 13-34.
- Shapiro F (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols and Procedures*. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press.
- Steinert C, Bumke PJ, Hollekamp RL, Larisch A, Leichsenring F, Mattheß H, Sek S, Sodemann U, Stingl M, Ret T, Vojtová H, Wöller W, Kruse J (2016). Treating post-traumatic stress disorder by resource activation in Cambodia. *World Psychiatry*, 15: 183-185.
- van der Kolk BA, McFarlane A, Weisaeth L (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: Guilford.
- Winnicott, D. W. (1960). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Karnac Books.
- Wöller W, Kruse J (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. 5ème édition. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller W, Leichsenring F, Leweke F, Kruse J (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. Principles for a treatment manual. *Bull Menninger Clin*; 76: 79-93.
- Wöller W, Lampe A, Mattheß H, Schellong J, Leichsenring F, Kruse J (2020). Psychodynamische Therapie bei Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung (en cours d'impression).

Annexe: Fiches de travail et exercices

1 Le conteneur

- Imaginez s'il vous plaît un conteneur qui peut être verrouillé ou pensez à un tel conteneur.
- Regardez-le attentivement : Quelle taille ?, quel matériau ?,... quelle couleur?,... Comment fermer la porte ?,... bruits ?,... Comment la verrouiller ?, Quel(s) type(s) de verrouillage ?
- Si vous regardez votre conteneur : est-il absolument sûr ? Si ce n'est pas le cas, changez-le jusqu'à ce qu'il le soit. (Vérifier le matériel, les murs solides, les serrures solides,...)
- Mettez tout ce que vous voulez enfermer dans une boîte, emmenez-la dans votre conteneur, ouvrez la porte et mettez-la à l'intérieur.
- Fermez ensuite la porte et décidez où laisser la clé.
- Apportez ensuite votre conteneur à un endroit où vous pouvez l'atteindre quand vous le souhaitez, mais pas trop près.

S'il est difficile de mettre les expériences dans le conteneur, il est utile de les matérialiser. Par exemple.. :

- *Affects* (par exemple, peur extrême ou sensations corporelles comme la douleur) : donnez-lui une forme et réduisez-la jusqu'à ce qu'elle rentre dans une boîte.
- *Pensées* : écrivez-les sur un papier avec une encre spéciale illisible, mettez le papier dans une enveloppe et ensuite dans le récipient.
- *Images* : prenez cette image comme une photo, réduisez la photo, laissez la couleur disparaître, mettez un autre papier au-dessus et mettez-le dans une enveloppe.
- *Films intérieurs* : prenez -les comme une vidéo, si nécessaire utilisez la télécommande pour enlever les couleurs, le son etc., éteignez ensuite le téléviseur et mettez la vidéocassette dans le conteneur.
- *Sons* : faites comme sur un CD ou une cassette sonore, couper le volume, rembobinez rapidement et mettez-la dans le conteneur.
- *Odeurs* : p. ex. mettez-les dans une bouteille, fermez la bouteille.
- *Goût* : donnez-lui une forme et une couleur, rétrécissez-le et conservez-le dans un verre.

Vérifiez si tout a disparu. S'il reste encore quelque chose, rangez-le dans le conteneur comme vous l'avez fait auparavant.

2 Lieu sûr intérieur (le lieu du bien-être)

- Cherchez dans votre monde intérieur un endroit où vous pouvez vous sentir en sécurité et à l'aise. Cet endroit peut être un mélange d'endroits, où vous vous sentiez en sécurité et à l'aise avant, ... cela peut être un mélange d'endroits réels, mais cela peut aussi être un endroit dans votre imagination. C'est peut-être un endroit près de chez vous, loin de chez vous, sur notre terre ou n'importe où dans l'univers.
- Prenez maintenant le temps de trouver un tel endroit. Peut-être avez-vous des images ou une imagination ou des pensées. Tout ce qui se présente est bien, pourvu qu'il soit apaisant, guérissant et sûr.
- Faites-moi savoir quand vous aurez trouvé un tel endroit. Et c'est vous qui décidez si vous voulez m'en parler.
- Et maintenant, vous vérifiez à nouveau si l'endroit est absolument sûr et confortable. Vérifiez cela avec tous les sens.
- Vos yeux aiment-ils tout ce que vous voyez ? S'il y a quelque chose que vous n'aimez pas, changez-le. Et n'oubliez pas que dans votre imagination, vous pouvez tout arranger comme vous le souhaitez, c'est comme de la magie.
- Vos oreilles aiment tout ce que vous entendez ? Si oui, restez avec cela, sinon, changez-le.
- La température est-elle correcte ?
- Est-ce que votre nez aime tout ce qu'il peut sentir ?
- Avez-vous assez d'espace pour vous sentir à l'aise ? Pouvez-vous bouger, n'importe quelle posture est-elle possible ?
- Maintenant, vérifiez si vous avez besoin d'une frontière pour vous sentir absolument en sécurité, pour avoir le contrôle que personne ne peut entrer dans cet endroit. Décidez quel type de bordure vous voulez, une haie ou un mur ou une bordure magique.... Imaginez-le et modifiez -le jusqu'à ce qu'il se sente suffisamment sûr
- Maintenant, demandez-vous si vous voulez inviter un ou plusieurs êtres à y séjourner avec vous. Il ne devrait pas y avoir d'êtres humains chez vous, mais des aides qui sont toujours amicales, bienveillantes et qui prennent soin de vous. Si des images d'êtres qui n'ont pas ces qualités vous parviennent, vous devriez les renvoyer. Ils n'appartiennent pas à cet endroit !
- Lorsque vous avez fini de créer cet endroit, réfléchissez ce qui pourrait le rendre encore plus sûr et confortable ? Qu'est-ce que ça fait dans votre corps d'être à cet endroit ? Qu'est-ce que vous voyez, entendez, sentez ? Qu'est-ce que vous ressentez sur votre peau ? Comment se sentent vos muscles, votre respiration, votre ventre ?

- Si tout va bien pour l'instant, vous pouvez décider de choisir un geste qui vous aidera dans le futur à revenir à cet endroit quand vous le souhaitez. Vous pouvez aussi trouver un nom pour votre lieu. Essayez le geste, pensez au nom et ressentez avec tous vos sens ce que c'est d'être à votre endroit sûr.
- Il peut arriver que vous deviez changer quelque chose ou qu'il est nécessaire d'ajouter quelque chose afin de rendre votre endroit encore plus sûr. Donc, vérifiez cela de temps en temps et restez prudent.
- Maintenant, prenez un moment pour ressentir à nouveau la sécurité et le confort chez vous, puis revenez dans cette pièce avec votre pleine conscience et sentez le contact de vos pieds avec le sol.

3 Le jardin intérieur

LA TAILLE DE VOTRE JARDIN

- Je voudrais vous inviter à créer un jardin complètement comme vous le souhaitez. Imaginez une étendue de terre, préservée des mains de l'homme, avec de la terre fraîche, pleine de force.
- Peut-être qu'une poignée de terre vous suffit, ou la taille d'un petit balcon-terrasse, mais peut-être aimeriez-vous qu'une grande propriété se transforme en parc-paysage.
- Accordez-vous un moment de temps pour trouver la taille et le paysage qui vous convient.
- Tout d'abord, créez les bordures de votre jardin comme vous le souhaitez : avec des clôtures, des haies, des murs ou des arbres.
- Si vous préférez, vous pouvez aussi laisser votre jardin ouvert et vous abstenir de toute limite..... Découvrez ce qui vous fait vous sentir mieux.....

PLANTER VOTRE JARDIN

- Maintenant, plantez votre bout de terre. Laissez pousser ce que vous voulez dans votre jardin.... fleurs, arbres, buissons, herbes
- Juste au cas où vous voudriez changer et remodeler votre jardin maintenant ou plus tard, faites un tas de compost dans un coin de votre jardin. Vous pouvez emporter tout ce qui ne poussera plus ou que vous n'aimez plus dans votre jardin à ce tas, où il se transformera en terre utile.

FAÇONNAGE ULTÉRIEUR

- Si vous le souhaitez, vous pouvez façonner votre jardin encore plus : peut-être que ce serait bien d'avoir une eau dans votre jardin, un étang, une source ou une petite rivière.....
- Si vous voulez, vous créez un endroit pour vous asseoir.....
- Peut-être voulez-vous des animaux dans votre jardin, et si oui, lesquels ?.....
- Vous pouvez changer votre jardin à tout moment.....

PROFITER DE VOTRE JARDIN

- Une fois que vous avez façonné votre jardin selon vos souhaits, vous pouvez vous asseoir dans un endroit magnifique et profiter de votre jardin.
- Regardez autour de vous, quelles sont les couleurs et les formes que vous voyez?.....qu'entendez-vous ? Qu'est-ce que vous sentez ?.....
Qu'est-ce que ça fait à votre corps d'être dans cet endroit ?
- Vous pouvez aussi envisager d'inviter quelqu'un que vous aimez dans votre jardin. Mais assurez-vous que c'est une personne qui peut valoriser votre jardin et tous les soins que vous y avez investis.
- Vous pouvez retourner dans votre jardin à tout moment, et aussi le changer quand vous le souhaitez.
- S'il vous plaît, revenez maintenant à votre propre rythme dans la salle, en pleine conscience.

4 L'arbre

- Tout d'abord, imaginez un paysage où vous vous sentez à l'aise et où vous aimez être. C'est peut-être un paysage que vous connaissez et qui existe, mais on peut tout aussi bien l'imaginer, n'existant que dans votre esprit....
- Et dans ce paysage, il y a un arbre qui vous attire et vous l'approchez et vous entrez en contact avec l'arbre. Vous pouvez le regarder, mais vous pouvez aussi le toucher. Peut-être aimez-vous imaginer que vous vous appuyez contre lui ou que vous l'embrassez. Et puis percevez cet arbre, son tronc, la structure/nature de son écorce, son odeur, comment le tronc se ramifie, les feuilles, etc... Prenez le temps de percevoir cet arbre exactement....
- Essayez maintenant de découvrir ce que cela signifie pour l'arbre d'avoir des racines, des branches dans la terre et d'être nourri de cette façon. Et essayez de découvrir ce que cela signifie pour l'arbre d'avoir des feuilles qui peuvent absorber la lumière du soleil et la transformer/convertir....
- Et réfléchissez ensuite à la question comment vous voulez vous-même être nourris maintenant. Quel type de nourriture aimeriez-vous maintenant - de la nourriture pour votre corps, pour vos émotions, pour votre esprit ou pour votre être spirituel ? Précisez cela aussi exactement que possible
- Et maintenant, vous pouvez imaginer que vous obtenez cette nourriture de la terre et du soleil. Et imaginez que ce que vous avez obtenu du soleil et de la terre s'unit l'un avec l'autre en vous. Et que vous grandissiez par cela... physiquement, émotionnellement, mentalement, ou spirituellement
- Et maintenant, éloignez-vous de l'arbre et dites au revoir. Si vous le souhaitez, vous pouvez faire des plans pour revenir souvent à votre arbre. Vous pouvez peut-être lui promettre de revenir. Vous pouvez aussi, si vous le souhaitez, remercier votre arbre de vous soutenir/aider....
- Prenez maintenant le temps qu'il vous faut pour revenir dans cette pièce en pleine conscience et remarquez le contact de votre corps avec le sol.

5 Les aides intérieures

- Prenez quelques instants pour prendre conscience que votre corps est une merveille, et que dans votre corps travaille une sagesse intérieure – plus grande que votre ego conscient - qui provoque la coopération de toutes les cellules de votre corps, les organes, le système locomoteur, etc.
- Prenez conscience que le corps se guérit de lui-même si nécessaire et à quel point cela est complexe. Et qu'il est impossible pour votre esprit conscient de réguler tout cela - mais néanmoins - cela fonctionne. Vous pouvez nommer/appeler cela la sagesse intérieure'.
- Et maintenant je vous invite à prendre contact avec votre sagesse intérieure. Soit en lui donnant une forme, soit en la percevant surtout dans une partie de votre corps.....
- Et alors vous pouvez demander à votre sagesse intérieure d'établir le contact avec un ou plusieurs êtres serviables....
- S'il est possible de prendre contact, vous pouvez demander de l'aide ou un conseil....
- Si vous avez reçu quelque chose, vous pourriez dire merci. Vous pourriez aussi dire merci pour l'aide des êtres serviables. Ou vous pourriez remercier votre sagesse intérieure....
- Et si vous n'êtes pas entré en contact, mais que vous souhaitez le faire, vous devez répéter l'exercice encore et encore. Et parfois, le contact sera établi.
- Prenez maintenant le temps qu'il vous faut pour revenir dans cette salle en pleine conscience.

6 Le point de puissance

1. Recherchez un sentiment positif dans les 2 dernières heures (au lieu d'un sentiment positif en général, vous pouvez également rechercher un sentiment plus spécifique dont votre client a besoin en ce moment)
 - Faites des séries de 4 à 6 stimulations bilatérales lentes (si nécessaire, vous pouvez en faire de plus longues).
 - Répétez l'opération si l'effet est généralisateur.
 - Arrêtez immédiatement si vous avez l'impression que le sentiment positif pourrait se transformer en un sentiment plus négatif.

2. Recherchez un sentiment positif au cours des 2 derniers jours
 - Suivez la même procédure que précédemment :
Brève série de stimulations bilatérales lentes (comme avant), répétez aussi longuement de sorte que le processus de stimulation positive généralise.

3. Recherchez un sentiment positif au cours des 2 derniers mois
 - Même procédure

4. Recherchez un sentiment positif au cours des 2 dernières années
 - Même procédure

5. Recherchez un sentiment positif dans le passé en général.
 - Même procédure

7 Le flux lumineux („la lumière guérissante“)

- S'il y a une sensation corporelle négative, vérifiez où elle se trouve, quelle taille elle a, donnez-lui une forme, une couleur, un matériel...
- Imaginez la lumière curative dans la couleur que vous lui associez, venant d'en haut....
- C'est peut-être une lumière qui réchauffe ou qui refroidit....
- Permettez à cette lumière de briller / passer à travers votre peau dans votre corps.
- Réalisez ce que vous ressentez.
- Si vous le souhaitez, laissez la lumière circuler autour et à travers votre partie du corps qui vous donne de mauvaises sensations.
- Réalisez ce que cela fait d'avoir cette lumière de guérison dans cette partie et ce qu'elle lui fait.
- Si vous voulez, vous pouvez remplir tout votre corps de lumière apaisante et guérissante.
- Peut-être voulez-vous que votre lumière s'écoule dans vos pieds, puis dans le sol, ou qu'elle brille dans toutes les directions.
- Laissez la lumière s'éteindre pour l'instant. Vous pouvez la récupérer quand vous voulez.
- S'il vous plaît, revenez dans cette pièce quand vous voudriez.

8 La technique d'absorption du stress

1. Quelle est la situation d'incident / stressante avec laquelle vous voulez travailler ?
Décrivez la situation stressante.
2. Quel est le degré de stress que vous éprouvez lorsque vous pensez à cette situation maintenant ? ("0" = pas de stress, "10" = le stress le plus élevé imaginable)
3. Je voudrais vous proposer de travailler indirectement avec cette situation en recherchant des expériences positives qui pourraient vous aider à mieux y faire face. Il sera important de trouver des expériences strictement positives et non équivoques.
4. Quelle ressource, compétence ou force positive vous aidera à mieux faire face à cette situation de stress ? (Essayez d'en trouver 3 différents, recherchez différents systèmes d'action comme la force intérieure ou corporelle, la paix intérieure, la capacité de fixer des limites, le fait d'être avec des amis etc., remplissez l'ordre, la situation etc. seulement si vous passez aux étapes 4 à 12,

Instruction pendant toute la durée du traitement : ne travailler qu'avec la ressource activée et les mémoires positives ! S'il y a un pont d'affect vers un matériau négatif, passez à une autre situation de ressources. Si le client n'est pas capable de maintenir et de renforcer une image positive associée à une sensation corporelle positive, faites-lui faire l'exercice du conteneur et du lieu sûr intérieur à la place !

Ne poursuivez pas la stimulation bilatérale lorsque le client traite du matériel stressant et/ou inadapté !!)

Ordre	Compétence	Situation / Image

(Si plusieurs compétences sont mentionnées, vous pouvez aussi en installer plus ou essayer de trouver des clusters. Il est important de trouver la force provenant de différents systèmes d'action, en particulier les expériences positives d'attachement sont importantes).

5. Avec quelles ressources, compétences ou forces positives voulez-vous travailler en premier ? (Commencez par la compétence mentionnée par le client - ou par celle où le client montre l'affect le plus fort).
6. Y a-t-il eu un moment ou une situation dans votre vie au cours des deux dernières années ou plus tôt où vous avez vécu cela (ressource, compétence ou force) ?
(Laissez le client décrire une situation claire dont il se souvient et où il a eu au

moins une réaction positive)

7. Quelle image représente le mieux cette situation ?
(L'image qui fait ressortir le plus fortement l'affect)
8. Où le ressentez-vous dans votre corps ? (dès que vous aviez déjà acquis certaines aptitudes liées à cette compétence)
9. Maintenant, faites remonter l'image, faites l'expérience de la sensation dans votre corps. Vous le sentez ? Oui ?
(Si le client dit oui, dites-lui : ... Pensez-y et puis suivez mes doigts / Je commence par taper du doigt.
(Faites 4 à 8 mouvements oculaires ou autre stimulation bilatérale) et demandez ensuite :
10. Que ressentez-vous (dans votre corps) maintenant ?
(Demandez spécialement pour les changements dans les sensations corporelles. Tant que l'expérience est renforcée de manière positive, faites une autre série de 4 à 8 mouvements oculaires).
11. Recherchez un mot clé ou un symbole qui représente cette ressource.
Ajoutez une autre stimulation bilatérale. Si vous trouvez des ponts affectifs à des matériaux négatifs, recherchez de nouvelles situations moins ambivalentes avec cette compétence (y a-t-il eu une autre situation où vous avez ressenti cette force ?) Si vous n'en trouvez pas, passez à la suivante.
12. Renforcez les ressources suivantes avec la même procédure en utilisant la stimulation bilatérale
13. Lorsque les ressources auront été pleinement développées :
Veuillez prendre contact avec toutes les ressources que nous avons trouvées au cours de notre session. Vous le sentez ? Oui ?
Ajoutez une stimulation bilatérale,
14. Entrez en contact avec toutes les (trois) capacités (nommez-les et mentionnez le mot-clé / symbole) Êtes-vous en contact ? ... Oui ? (Faites une série de stimulations bilatérales)
15. Finalisez le renforcement seulement s'il y a une stabilité et une installation sécurisée des ressources : (si ce n'est pas le cas, arrêter à l'étape 14)
Reliez maintenant ce sentiment positif à la situation ou au problème que vous avez mentionné au début. Vous vous en sortez bien ? ... Oui ?
Faites une stimulation bilatérale.
16. Jetez un autre coup d'œil à la situation stressante que vous avez identifiée.

Quel est le degré de stress subjectif lorsque vous pensez à cette situation maintenant ? ("0" = pas de stress, "10" = le stress le plus élevé imaginable)