

GUIDE DE POCHE

Des protocoles d'intervention EMDR précoces

Rassemblés par Beverlee Laidlaw Chasse, MC, LPC

Table des matières

Tableaux de Protocoles pour Interventions précoces	1
ERP.....	2
EMDR-ER.....	3
EMDR-PRECI	4
REP.....	5
EMDR-R-TEP	6
EMDR-IGTP	7
Exercice des 4 éléments pour réguler le stress / Enveloppe des connexions aux ressources (versions abrégées)	9
Feuillelet d'information sur les réactions au trauma	10

26 octobre 2014

ERP - Procédure en cas d'urgence [Quinn ; 2004]	
A utiliser avec	Les victimes de traumatismes dans les premières heures après l'évènement. Les patients qui se présentent en « terreur silencieuse », qui tremblent, ne peuvent pas parler, ou alors en logorrhée irrépressible. Il est également possible de l'utiliser en cas d'abréaction aigüe au cours du travail en EMDR.
Phase 1 Prise d'histoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recueillez un résumé des ambulanciers, du personnel hospitalier ou quiconque sait quelque chose (si le patient ne peut pas vous parler, concentrez-vous sur l'histoire immédiate seulement). 2. Etablissez l'orientation temporelle dans le présent et la sécurité. 3. Si le client est en mesure de parler, recueillez l'histoire du trauma immédiat (depuis juste avant le trauma jusqu'au moment présent)
Phase 2 Préparation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apaisez le comportement du patient et ses réactions physiques 2. Expliquez ce que sont les réactions normales de stress aigu 3. Donnez une brève explication de ce qu'est l'EMDR 4. Etablissez une orientation calme au présent 5. Le client n'a pas besoin de parler pour commencer
Phase 3 Evaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Partez du présupposé que le patient est très agité et dans un état de stress aigu 2. Le patient est déjà connecté à l'image puisqu'elles sont déjà en lui 3. Présupposez la CN (Je suis en danger) 4. Présupposez la CP initiale (Je suis en sécurité par rapport à ce qui s'est passé) 5. Présupposez l'émotion de peur intense ou de terreur 6. Présupposez un SUD proche de 10 7. Le thérapeute observe les réactions corporelles 8. Vous n'encouragez pas les associations libres
Phase 4 Désensibilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez l'attention duale pour aider le patient à accéder à une focalisation extérieure (dans la salle d'urgence ou un espace de sécurité, loin de l'évènement) 2. Utilisez les stimulations bilatérales et le tissage cognitif pour établir la sécurité actuelle et l'orientation temporelle au présent
Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il n'y a pas d'installation standard 2. A sa place, on renforce la sécurité par des techniques de respiration 3. Les patients doivent dire qu'ils sont en sécurité et reconnaître que l'évènement est terminé pour qu'on aille à la clôture. 4. Ou bien, si le client veut faire un récit de ce qui lui est arrivé, faites un récit et basculez en EMD ou sur le protocole R-TEP.
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ne se fait pas de manière formelle 2. Remarquez l'arrêt des tremblements, l'apaisement du corps, la capacité à se connecter
Phase 7 Clôture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Donnez une trame éducative de ce qui peut se passer après une expérience traumatique. 2. Donnez des références en cas de persistance des symptômes aigus 3. On donne au client un support d'information sur les symptômes physiologiques et émotionnels courants au cours des premières 48 à 72 heures.
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. En contexte d'urgence la réévaluation n'a pas toujours lieu. 2. Si c'est possible, contactez les patients sous 8 jours par téléphone pour évaluer leur situation et offrir du soutien

EMDR ER¹ - EMDR en Salle d'Urgence [Guedalia et Yoeli ; 2000]	
A utiliser avec	Les patients incapables de se déplacer vers l'aire de soins ambulatoires. Le patients est gelé, étendu, incapable de remettre en route son fonctionnement moteur, en état de stupeur ou de malaise vagal
Phase 1 Prise d'histoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisation médicale et sécurité <ul style="list-style-type: none"> • Reconnexion physique de base, capacité à répondre à des questions, rythme respiratoire s'apaise • Il peut cibler du regard, regarder autour de lui, montrer un intérêt pour quelque niveau de son environnement que ce soit 2. En Miroir : Respirez au même rythme et tenez la main du patient 3. Vous devez établir confiance et sécurité au moment présent 4. Etablissez l'orientation au présent et prononcez quelques paroles rassurantes
Phase 2 Préparation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettez-les à l'aise de manière à pouvoir interagir avec l'environnement et vous-même 2. Présentez-vous et demandez la permission d'effectuer du taping, en cas de refus, expliquez l'EMDR 3. Si le client ne peut pas répondre, touchez deux endroits en restant bien dans son champ visuel comme vous le toucher 4. Renforcez la sensation de calme et de sécurité ; renseignez à propos des réactions normales de stress aigu
Phase 3 Evaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le client affirme qu'il est vivant et en sécurité à cet instant présent. 2. Aider le client à passer d'une focalisation interne à un focus externe 3. Laissez le client faire un récit de l'évènement (notez l'émotion, la CN, les sensations) 4. Laissez le client se concentrer sur l'IMAGE (cible) de l'évènement 5. Le clinicien donne la CP au client, affirme la sécurité, le contrôle, la récupération ; recueillez la VOC et ensuite la CN si c'est prudent 6. Encouragez l'empathie authentique, pleurs et soupirs EMOTION 7. Vous n'avez pas besoin du SUD, comme il semble évident (par ex. 15 sur 10) 8. Ne posez PAS de question sur le corps si le client est blessé
Phase 4 Désensibilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez des techniques de distanciation, vidéo, jumelles inversées, télévision 2. Suggérez du taping sur les mains, les épaules, les genoux 3. Laissez le client commencer le récit de ce qui lui est arrivé ; Ne le laissez PAS fermer les yeux 4. Continuez à transmettre sécurité actuelle et orientation au présent
Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le thérapeute répète le récit de ce qui est arrivé au client en construisant une histoire plus riche 2. Vérifiez l'état émotionnelle t physique du client en utilisant des SBA si possible 3. Aidez à incorporer des séquences dans le récit comme l'heure et le lieu 4. Utilisez subtilement le vocabulaire propre au patient pour répéter l'histoire et donner une image/ un récit cohérent 5. Objectif : le monde n'est pas un si mauvais endroit, ça vaut la peine de continuer à vivre 6. Focus sur l'installation du contrôle, de l'autodétermination, du pouvoir/compétence et humanité 7. Il est à souhaiter que le récit construit va se cristalliser en référence future 8. Recommencez jusqu'à ce que le patient a retraité l'évènement et démontré qu'il/elle est capable de verbaliser des expériences sensorielles
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remarquez les changements dans la tonalité émotionnelle du patient et dans ses réactions physiques 2. Vérifiez qu'il n'y a pas d'information résiduelle non traitée
Phase 7 Clôture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laissez le patient répéter son récit en présence du médecin 2. Fournissez un support d'information sur la normalisation des symptômes attendue dans les prochaines 48 - 72 heures
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. On donne de l'information sur les possibilités de suivi par la suite ; faites savoir au patient s'il peut intégrer un groupe ou d'autres services de soins. 2. Demandez au patient de s'engager verbalement à se faire suivre par les médecins et cliniciens appropriés. 3. Laissez partir le patient.

¹ Emergency Room

Tableaux adaptés des Protocoles retranscrits de Luber (2009, 2013) et de publications personnelles

©2013 Beverlee Laidlaw Chasse et Julie Miller

©Traduction française : EFPE-Isabelle Meignant

EMDR PRECI - Protocole Evènements Critiques Récents [Jareiro et Artigas ; 2011]	
A utiliser avec	Les survivants de catastrophe à partir d'au moins deux jours après l'évènement traumatique jusqu'à six mois après l'évènement (ou aussi longtemps que le traumatisme continue). Approprié aux évènements où les clients continuent à vivre sous traumatisme et violence.
Phase 1 Prise d'histoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. N'interrogez pas l'histoire précédente - centrez-vous exclusivement sur le récit. 2. Demandez au client de raconter l'évènement sous forme de récit depuis le moment juste avant l'évènement jusqu'au moment présent. 3. S'il y a beaucoup de détresse (incapable de parler, pleurs) ne forcez pas pour le récit et récoltez une brève description de ce qui s'est passé. 4. Identifiez des fragments représentatifs de l'évènement 5. N'utilisez pas de stimulation bilatérale alternée 6. Faites le diagnostic psychométrique de l'IES (échelle des évènements traumatiques) et du SPRINT si c'est possible.
Phase 2 Préparation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fouillez la pertinence d'utiliser l'EMDR PRECI <ul style="list-style-type: none"> • Abus de substances mettant la vie en danger, sévères tentatives de suicides, automutilations • Comportements agressifs dangereux, signes de troubles dissociatifs 2. Éduquez-les au modèle EMDR AIP 3. Expliquez le principe du signal « stop » et du signal « on continue » 4. Enseignez-leur le « papillon » et faites leur faire 5. Enseignez des stratégies d'auto apaisement (1) la respiration ventrale (2) des exercices de concentration (3) et la technique des bons souvenirs
Phase 3 Evaluation et Phase 4 Désensibilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laissez le client faire défiler le film de l'évènement depuis juste avant jusqu'à maintenant 2. Pas de stimulations bilatérales alternées ; 3. A la fin, faites lui dire le pire moment. 4. Évaluez chaque fragment un par un <ul style="list-style-type: none"> • Le pire • Autres fragments • Désensibilisez chaque fragment en utilisant le protocole standard jusqu'à un SUD à « 0 » ou écologiquement sain. 5. Retraiter une séquence implique image, émotion, SUD, sensation physique localisée - pas la CP ni la VOC. 6. Vous proposez une CN seulement si les clients n'arrivent pas à trouver la leur. 7. Utilisez le baiser du papillon ou les mouvements d'yeux pour la désensibilisation 8. Pour choisir un autre fragment, demandez au client de visualiser toute la séquence de l'évènement les yeux fermés et ne retraits que les fragments avec perturbation
Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développez une CP pour l'ensemble de l'évènement. 2. Obtenez la VOC. 3. Installez la CP en utilisant le baiser du papillon lorsque le client ne repère plus de perturbation lorsqu'il revisualise l'évènement les yeux ouverts. 4. Shapiro suggère de revisualiser toute la séquence en gardant la CP à l'esprit.
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effectuez un scan corporel standard. 2. Retraitez toute perturbation.
Phase 7 Clôture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procédure standard 2. Utilisez les stratégies d'auto-apaisement de Jarero et Artiga apprises au début si c'est nécessaire. 3. Rappelez au client d'utiliser l'une des techniques d'autocontrôle selon besoin.
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurez-vous d'avoir retraité les mémoires du passé 2. Retraitez les déclencheurs du présent 3. Un modèle du futur est réalisé pour chaque déclencheur.

Tableaux adaptés des Protocoles retranscrits de Luber (2009, 2013) et de publications personnelles

©2013 Beverlee Laidlow Chasse et Julie Miller

©Traduction française : EFPE-Isabelle Meignant

REP - Protocole des Evènements traumatiques Récents [Francine Shapiro ; 1995, 2001]	
A utiliser avec	Patients qui ont vécu un traumatisme récent au cours des deux à trois mois écoulés mais il y a plus de deux jours. Si les patients présentent des Réactions de Stress Aigus, des exercices complémentaires de stabilisation seront à utiliser en phase de prise d'histoire et de préparation (voir ci-dessous).
Phase 1 Prise d'histoire & Phase 2 Préparation	<ol style="list-style-type: none"> Développer alliance et confiance - l'objectif est de préparer le client à raconter l'histoire en étant calme et en maintenant son attention duale. Eduquez aux symptômes de Réactions de Stress Aigu, normalisez les difficultés physiologiques et psychiques en regard avec l'expérience récente Au cours de la prise d'histoire en récit de l'évènement critique, évaluez les points suivants pour vous assurer que le client est prêt pour retraiter le trauma : Signes de troubles dissociatifs (symptômes sans lien avec l'évènement) ; danger pour eux-mêmes ou pour autrui ; psychose active ; dépression neurovégétative majeure ; un passé de tentatives de suicide ; perte de conscience au cours de l'évènement ; est-ce que le client peut maintenir le lien avec le thérapeute et la sensation au cours des SBA Récitez seulement les éléments essentiels de ses antécédents ; santé/médicaments/drogue/alcool/violences subies/ressources/expériences traumatiques passées. Faites faire au client des respirations amples ou toute autre activité qui active le système parasympathique et les réponses de relaxation, techniques d'ancrage Installez le « lieu sûr » ou les ressources - installez des expériences positives adaptatives si nécessaire. Préparez le client au retraitement EMDR de l'évènement récent - enseignez lui des métaphores et techniques qui renforcent la stabilité et la sensation de contrôle sur ce qui se passe - expliquez les mécanismes, le signal stop. Discutez des manières de garder une distance au fil du récit, si nécessaire, jusqu'à pouvoir entrer totalement en contact avec l'expérience. Recueillez un récit de l'évènement depuis ce qu'il était en train de faire juste avant jusqu'à ce qu'il se soit senti en sécurité en relevant les segments de perturbation pour cibles potentielles, en repérant le plus perturbant première cible).
Phase 3 Evaluation & Phase 4 Désensibilisation & Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> Retraitez le segment le plus perturbant « t » en premier (les mouvements d'yeux sont préférables, autres méthodes : tapping, sons, tactile). Evaluez : Image, CN, CP, VOC, Emotion, SUD, Localisation de la sensation corporelle. Vous pouvez suggérer une CN et une CP à l'essai s'il y a difficulté. Retraitez en utilisant le protocole standard complet jusqu'à l'installation. Obtenez un SUD descendu à 0 ou 1 et une VOC à 6 ou 7. (écologiquement sain.) Répétez les phases 3 à 5 pour chacun des segments perturbants, « t »s, de l'évènement dans l'ordre chronologique. Une fois toutes les cibles traitées, laissez le client visualiser tout l'évènement du début à la fin, les yeux fermés. S'il y a perturbation, retraitez en utilisant le protocole EMDR standard. Continuez le traitement jusqu'à ce que le client puisse visualiser l'évènement du début à la fin sans souffrance émotionnelle, cognitive ou physique (sauf écologique). Développez une CP pour l'ensemble de l'évènement, laissez le client visualiser tout l'évènement avec cette CP à l'esprit, les yeux ouverts, et ajoutez des mouvements d'yeux.
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> Reliez l'évènement initial avec la CP et demandez au client de passer son corps en revue ; traitez toute sensation signalée par le client. S'il y a émergence de matériel, de sentiments ou de sensations perturbants, revenez au retraitement ou bien établissez un contenant approprié si c'est nécessaire.
Phase 7 Clôture	<ol style="list-style-type: none"> Choisissez le point approprié pour terminer et effectuez le débriefing adéquat. Offrez soutien et normalisez l'expérience vécue. Si le matériel n'est pas entièrement retraité, utilisez le lieu sûr, la visualisation de la guérison, ou le contenant pour clore la séance incomplète. Parlez de la possibilité que le retraitement continue après la séance ; encouragez le patient à rester connecté ; appel s'il est en difficulté.
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> Réévaluez pour vous assurer que toutes les parties de l'évènement récent ont été prétraitées. Ciblez et retraitez chaque déclencheur du présent activé par cet évènement. Réalisez un modèle du futur pour chacun des déclencheurs du présent.

R-TEP - Protocole Episode Traumatique Récent [Elan Shapiro & Brurit Laub ; 2008, 2014]	
A utiliser avec	Victimes d'un trauma RECENT qui peuvent ou non continuer à vivre des expériences traumatiques après la crise.
Phase 1 Prise d'histoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brève prise d'histoire préalable à la prise en charge pour évaluer le SMR (Sévérité/Motivation/Ressources). 2. Contrat de thérapie centrée sur le trauma en cours. 3. Psychoéducation au sujet des épisodes traumatiques et du modèle AIP (Traitement adaptatif de l'Information) 4. Concevez l'épisode traumatique comme un continuum traumatique depuis avant l'évènement jusqu'au présent. 5. Description générale du trauma. EVITEZ D'ENTRER DANS LES DETAILS ; Pas de SBA ;
Phase 2 Préparation	Préparation élargie qui utilise les stratégies d'auto-apaisement des 4 éléments définies par E. Shapiro (Ancrage, respiration profonde, relaxation ciblée, et lieu sûr) ainsi que l'Enveloppe de Connexion aux Ressources de Laub.
Phase 3 Evaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtenez un récit de l'épisode traumatique accompagné de SBA. 2. Utilisez la recherche Google avec SBA pour repérer le 1^{er} PdP (Point de Perturbation) puis évaluez le PdP avec Image, CN, CP, VOC, émotion, SUD et localisation de la sensation corporelle. 3. Attendez que le client donne sa propre CN avant d'en proposer une. Suggérez une CN et/ou CP à l'essai si le client a du mal à formuler une CN ou une CP. 4. Une fois le PdP retraité, reprenez la recherche Google avec des SBA pour trouver le PdP suivant. Le séquençage n'est pas forcément chronologique. 5. Chaque PdP est évalué comme une cible complète avec Image, CN, CP, VOC, émotion, SUD et localisation dans le corps.
Phase 4 Désensibilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisez le « traitement canalisé » = stratégie EMDr par défaut (recelant les associations liée à l'épisode en cours exclusivement.) Ou bien la stratégie EMD (recelant les associations liée au PdP seulement) s'il s'agit d'un fragment intrusif. Le processus EMDR d'associations libres n'est utilisé que si le traitement centré sur le trauma n'est pas suffisant. 2. Utilisez différentes formes de SBA, mais le tapping et les mouvements oculaires sont recommandés et toujours les yeux ouverts, comme guider l'attention vers l'environnement extérieur et la sécurité actuelle. 3. Chaque PdP suivant est traité de manière canalisée, focalisée, jusqu'à la phase d'installation complète (ce n'est pas nécessairement chronologique). Pas encore de scan corporel.
Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Installez la CP pour chaque cible lorsque le SUD est écologique. 2. L'installation de la CP se fait en suivant le protocole EMDR standard avec vérification fréquente de la VOC. 3. L'installation concernant l'épisode en entier ne sera faite que lorsque le client ne rapporte plus de point de perturbation en réalisant la « recherche Google » à propos de cet épisode. 4. La CP est développée pour l'épisode en entier. 5. L'installation de la CP pour l'épisode utilise le protocole EMDR standard, ce qui inclut une vérification fréquente de la VOC.
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pas de scan corporel jusqu'à ce que toutes les cibles de l'épisode T aient été traitées. 2. Ensuite effectuez le scan corporel pour l'épisode en entier.
Phase 7 Clôture	Utilisez les stratégies d'autorégulation des 4 éléments de E. Shapiro (Lieu sûr et enveloppe de connexion aux ressources de Laub inclus).
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifiez s'il y a encore des PdP à la séance suivante en utilisant la « recherche Google ». 2. Assurez le suivi final.

***Stratégie EMD** : focalisation étroite sur les associations en lien avec le PdP seulement et revenant à la cible initiale (PdP) pour vérifier le SUD s'il s'éloigne du PdP. Si le SUD stagne (6 sets) vous élargissez naturellement à la stratégie EMDr. On l'utilise lorsque le PdP est un fragment intrusif (image, sensation, pensée, sentiment récurrents).

***Stratégie EMDr** : focalisation un peu plus large, permettant les chaînes associatives liées à l'ensemble de l'épisode T. Si le SUD stagne, envisagez de réduire à l'EMD ou de passer en stratégie EMDR.

EMDR IGTP - Protocole intégratif EMDR de traitement de groupe - Adultes [Jarero et Artigas, 2000]	
A utiliser avec	Pour fournir un traitement à de larges groupes de personnes (enfants et adultes) impactés par des incidents critiques à grande échelle.
Phase 1 Prise d'histoire	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attention aux besoins de base (abri, nourriture, sécurité) et obtention de l'autorisation d'intervenir (par l'organisation hôte) 2. Mettez en place une équipe de protection émotionnelle (et collecter l'histoire via cette équipe : symptômes, statut familial, infrastructure, etc.). 3. Organisez d'une réunion pour expliquer le traumatisme du point de vue du traitement adaptatif de l'information. 4. Invitez les personnes à participer au traitement par petits groupes (s'il y a beaucoup de gens, programmez de nombreuses sessions sur plusieurs jours - pas plus de 20-30 participants par groupe). Deux heures sont à prévoir par session de groupe.
Phase 2 Préparation	<ol style="list-style-type: none"> 1. PREMIERE PARTIE : Objectif d'établir alliance et confiance (avec les enfants utilisez tambours, marionnettes, jouets, récit d'histoires, etc.). 2. L'équipe de protection émotionnelle est présentée et disposée autour du cercle (essayez d'avoir 8-10 participants par membre de l'équipe). Leur rôle est le soutien par l'écoute active - ne risquez pas de réponses émotionnelles ou d'informations. 3. Expliquez le programme, les enjeux et la procédure au groupe. Donnez une introduction brève. Introduisez le modèle AIP (Traitement Adaptatif de l'Information). 4. Demandez aux personnes quels symptômes elles présentent (Y en a-t-il parmi vous qui ont fait des cauchemars, levez la main). 5. N'obligez personne à parler, et remarquez s'il y a détérioration ou dysfonctionnement - ceux qui ne sont pas capables de vaquer à leurs responsabilités et activités de base. (Triez ceux qui pourraient avoir besoin de plus d'attention individuelle). 6. Normalisez les symptômes. Enseignez des techniques d'autorégulation (respiration abdominale, exercice de concentration, souvenirs agréables, baiser du papillon) - rappelez leur qu'ils peuvent utiliser ces techniques à tout moment 7. Faites part de techniques pour faire face au trauma (par exemple boire de l'eau, manger sainement, faire du sport, techniques d'auto apaisement, etc.). 8. Préparez au travail sur le trauma en vérifiant et validant les signes et symptômes de SSPT (on peut appliquer l'IES ou le CRTES). 9. Encouragez les personnes à verbaliser les souvenirs traumatiques autant qu'ils le peuvent sans être mal avec cela. 10. DEUXIEME PARTIE : Introduisez et utilisez l'échelle HAP de mesure du SUD (Visages HAP). 11. Distribuez papier et crayons et faites inscrire les noms en haut à gauche des feuilles avant de les retourner. 12. Faites diviser la feuille en quatre cases.
Phase 3	<ol style="list-style-type: none"> 1. En groupe, remémorez l'évènement et faites lever la main pour faire savoir

Tableaux adaptés des Protocoles retranscrits de Luber (2009, 2013) et de publications personnelles





©2013 Beverlee Laidlaw Chasse et Julie Miller

©Traduction française : EFPE-Isabelle Meignant

Evaluation	qu'ils en sont au pire moment. 2. Dessinez dans la case « A » une image représentant cette expérience. Faites leur évaluer le SUD entre 0 et 10 et toute CN. Écrivez-les.
	SUITE PAGE SUIVANTE

	EMDR IGTP - SUITE PAGE PRECEDENTE
Phase 4 Désensibilisation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettez les crayons de côté et effectuez le baiser du papillon pendant 60 secondes en regardant l'image « A ». 2. Observez les sentiments et dessinez ce que vous voulez en lien avec l'évènement dans la case « B ». 3. Recueillez un autre SUD quand vous regardez la case « B ». Ecrivez-le. 4. Refaites le baiser du papillon pendant 60 secondes en regardant l'image « B » 5. Répétez les étapes 1 à 4 pour les dessins « C » et « D » 6. Regardez le dessin qui vous perturbe le plus, et inscrivez le SUD concernant la manière dont vous vous sentez face à ce dessin à présent.
Phase 5 Installation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faites dessiner comment ils se voient dans l'avenir (au dos de la feuille) avec un mot ou une phrase qui l'explique utile pour identifier les cognitions adaptatives et non-adaptatives pour un suivi ultérieur). 2. Regardez ce dessin et faites le baiser du papillon pendant 60 secondes.
Phase 6 Scan corporel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisez un scan corporel standard (Prêtez attention à votre corps, remarquez chaque endroit où vous ressentez quelque chose). 2. Refaites le baiser du papillon pendant 60 secondes. Laissez l'équipe de protection émotionnelle circuler pour s'assurer que chacun va bien. 3. Secouer le corps (le chien qui sort de l'eau) pour encourager rires et soulagement.
Phase 7 Clôture	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laissez les participants aller dans un lieu calme, heureux et sûr (celui qu'ils ont trouvé au début). 2. Réalisez le baiser du papillon pendant 60 secondes. Inspirez et expirez profondément trois fois d'affilée.
Phase 8 Réévaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repérez ceux qui ont besoin de plus d'aide et faites les recevoir individuellement ou en plus petit groupe. 2. Administrez à nouveau l'IES aux participants ; un suivi après une semaine et après trois mois est recommandé

Abrégé : Exercice des 4 éléments pour gérer le stress

	Terre -	Ancrage et sécurité au moment présent <ul style="list-style-type: none"> • Connexion avec l'environnement et avec le thérapeute
	Air -	Utiliser la respiration pour se centrer <ul style="list-style-type: none"> • Accès direct à votre cœur
	Eau -	Bascule vers la relaxation <ul style="list-style-type: none"> • Développer calme & contrôle
	Feu-	Utiliser tous les sens pour activer une ressource comme le « lieu sûr » - un « état de confort » <ul style="list-style-type: none"> • Créer des passages pour des expériences adaptatives, installez avec le baiser du papillon

Abrégé : Enveloppe de connexions aux ressources

Au cours de la préparation :

« Avant de travailler sur (*expérience traumatique actuelle*), j'aimerais que vous vous souveniez d'un moment où vous vous êtes senti bien avec vous-même, un moment où une situation où vous vous êtes senti entier ou bien (**NB : Cela ne doit pas forcément être une ressource en lien avec le problème comme en Développement de Ressources**). Vous pouvez fermer vos yeux pendant que vous commencez à tapoter (papillon)... Autorisez-vous à rester avec ce souvenir, et restez là, remarquez qu'est-ce que vous voyez, vous sentez par le nez, vous ressentez, vous entendez et permettez à vos sentiments et sensations physique de venir. »

Obtenez un mot clé ou une phrase pour l'ancrer et fournissez une voie d'accès (papillon)

Ou

Clé de rappel posturale -choisissez une posture appropriée à la source pour renforcer la ressource (SBA-papillon)

Au cours de la désensibilisation :

Notez les réponses adaptatives, les pensées positives et émotions, les sensations corporelles et les expériences de ressources positives

Au cours de la clôture :

1) Connexion aux ressources de la clôture :

- Le thérapeute passe en revue toutes les ressources notées pendant le traitement, premières ressources incluses et invite le client à en choisir une, ou à en développer une autre.
- Connecté à la ressource, faites remarquer les sentiments, les sensations corporelles et faites faire les SBA papillon.
- Obtenez un mot clé ou une posture associée à cette ressource (si c'est nouveau, renforcez avec les SBA papillon).

2) (si approprié) Développez une ressource pour le futur :

- Comment est-ce que le client aimerait se voir dans le futur. Renforcez à l'aide des SBA papillon.

Adapté de

Laub, Brurit et Shapiro, Elan, 2012, Mai, Formation RTEP. Scottsdale, AZ.

Feuillet d'information sur les réactions aux traumatismes

D'après Lerner, M.D. et Shelton, R.D. (2005). *Gestion compréhensive du stress traumatique aigu : CATSM*. Académie Américaine des Experts en Stress Traumatique : Commack, NY.

Les réactions de stress aigu suivantes surviennent chez les personnes exposées à un évènement traumatique et sont des réponses normales à un évènement anormal. Cela n'est un problème que si les réactions suivantes continuent à se manifester des semaines, des mois et des années après l'évènement et se cumulent avec d'autres symptômes comme des rêves perturbants répétitifs, des flashbacks, des comportements d'évitement et des dissociations.

Réponses émotionnelles

- Etat de choc
- Anxiété élevée, hyperactivité
- Assommé, anesthésié émotionnellement
- Dans le brouillard, apathique
- Dénî, dissociation, amnésie
- Sentiment d'irréel
- Panique
- Peur
- Sentiment intense de solitude
- Vide
- Incertitude
- Horreur
- Terreur
- Colère
- Hostilité
- Irritabilité
- Dépression
- Ressentiment
- Sentiments de culpabilité

Réponses cognitives

- Difficultés de concentration
- Confusion
- Désorientation
- Difficulté à prendre des décisions
- Capacité d'attention réduite
- Influénçable
- Vulnérabilité
- Oublis répétés
- Auto-accusation
- Accusation d'autrui
- Efficacité personnelle réduite
- Idées de perte de contrôle

- Hyper vigilance
- Remémoration continue de l'incident, re-visionnage incessant du déroulement de l'incident

Réponses physiologiques

- Accélération rythme cardiaque
- Tension artérielle élevée
- Difficulté à respirer*
- Symptômes de choc*
- Douleurs dans la poitrine*
- Palpitations cardiaques*
- Tensions et douleurs musculaires
- Fatigue
- Perte de connaissance
- Rougeur au visage
- Pâleur générale
- Tremblements
- Peau froide, moite
- Sueur abondante
- Soif
- Malaise
- Vertige
- Hyperventilation
- Maux de tête
- Dents serrées / grincements
- Malaise gastro-intestinal
- Immobilité

***requièrent une aide médicale immédiate**

Réponses comportementales

- Retrait, absences
- Rupture de communication
- Changement de manière de parler
- Régression
- Mouvements désordonnés
- Impulsivité
- Réticence à sortir de chez soi
- Marche sans but, cent pas
- Incapacité à rester assis
- Réponse de sursaut exagérée
- Comportements anti sociaux
- Amnésie partielle ou complète

Réponses spirituelles

- Colère et prise de distance vis-à-vis de Dieu
- Arrêt de fréquentation de l'église, colère contre le clergé
- Conversion soudaine vers Dieu
- Implication démultipliée dans la communauté religieuse
- Prières, récitation d'écritures, hymnes
- La prière n'apporte plus le réconfort habituel
- La vie est vide et dénuée de sens
- Dieu n'a aucun pouvoir, la personne se sent sans protection et abandonnée
- Remise en question de sa Foi
- C'est arrivé pour me punir.



