



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

## **Titre de la formation**

« L'état de stress post-traumatique : mettre de l'ordre dans le chaos. »

## **Formateur**

Guy Boucher M.A., psychologue / neuropsychologue

## **Problématique**

Certains de nos clients ont vécu de la maltraitance, de l'abus, de la négligence ainsi que multiples traumatismes psychiques au cours de leur vie. Lors d'un stress extrême, une véritable tempête émotionnelle envahit l'organisme et parce qu'il y a souvent un risque vital, le cerveau déclenche une série de mécanismes neurochimiques qui ont pour effet de disjoncter le circuit émotionnel et d'entraîner une anesthésie émotionnelle. C'est la naissance d'un état de stress post-traumatique. Une série de comportements mésadaptés s'en suit venant de ce fait interférer avec plusieurs sphères de leur vie. Certains iront même jusqu'à s'automutiler, avoir des comportements autodestructeurs, consommer abusivement de l'alcool ou bien des drogues. L'état de stress post-traumatiques engendre donc une détresse telle chez nos clients qu'ils se retrouvent complètement submergés, voire paralysés par les intrusions et la violence émotionnelle qui s'en suit. Un cercle vicieux apparaît et la chronicité s'installe progressivement venant de ce fait complexifier nos interventions. Laisser des victimes de violences traumatisées, sans soins, est un facteur de risque de reproduction de violences, de génération en génération. Le temps n'est pas un allié pour le rétablissement d'un état de stress post-traumatique. Il faut donc intervenir rapidement et de façon structurée.

## **Besoin**

La complexité de la symptomatologie et les interventions qui s'en suivent peuvent rendre parfois le processus d'aide chaotique avec une telle clientèle. Cette formation aidera tout thérapeute à mieux structurer sa démarche thérapeutique tout en permettant une progression des interventions et ainsi éviter une retraumatisation. Pour



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

ce faire, nous ferons une introduction à différents cadres conceptuels et enseignerons différentes stratégies d'intervention afin d'aider nos clients vers un rétablissement optimum.

### **Clientèle**

Cette activité de formation continue est destinée aux psychologues, psychothérapeutes et intervenants en santé mentale désireux de parfaire leur compréhension de l'état de stress post-traumatique et du traitement. Il s'agit d'une formation de niveau débutant / intermédiaire.

### **Durée de l'activité**

12 heures.

### **Formateur**



**Guy BOUCHER** est détenteur d'une maîtrise en neuropsychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et est membre de l'Ordre des Psychologues du Québec depuis 1999. Il a été neuropsychologue/psychologue clinicien au centre Montérégien de réadaptation pendant 10 ans. Il a contribué au développement de divers programmes de réadaptation dans le domaine de la neurotraumatologie



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

en tant que professionnel ainsi qu'en tant que coordonnateur clinique et gestionnaire. Depuis 2009, il occupe un poste de psychologue à la clinique TSO (Clinique pour traumatismes liés au stress opérationnel) du Centre Hospitalier Universitaire de Québec et offre des services auprès d'une clientèle d'anciens combattants ainsi que des membres de la Gendarmerie royale du Canada. Par ailleurs, il est conférencier pour des étudiants de divers niveaux scolaires ainsi que pour diverses entreprises. Il est aussi professeur de clinique pour l'Université Laval et supervise des doctorants en psychologie. Il est superviseur approuvé par EMDRIA et a fondé EMDR Conseil qui offre des services de supervisions et de formations individualisés concernant l'apprentissage de l'approche EMDR. En terminant, il a été invité à participer à la prestigieuse Conférence du Gouverneur Général du Canada sur le leadership.

### **Objectifs**

1. Mieux comprendre les principaux fondements du processus d'encodage de la mémoire traumatique.
2. Introduction au cadre conceptuel des traumatismes psychologiques en élaborant davantage sur le traitement adaptatif de l'information, la structure de la détresse émotionnelle, la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité et des États du Moi.
3. Bien comprendre le processus d'évaluation, de stabilisation et de retraitement des souvenirs traumatiques.
4. Comment structurer les étapes de traitement qui mèneront vers un rétablissement optimum.
5. Sensibiliser au concept des états dissociatifs, notamment quant à l'origine, la fonction et les répercussions de ceux-ci sur le fonctionnement de leurs clients et l'impact sur le traitement.

### **Préalables**

Aucun



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

## **Contenu**

- 1) Le processus d'encodage de la mémoire traumatique (McFarlane, 2010).
- 2) Les séquelles cérébrales visibles suite à des traumatismes (Heim et al., 2013) .
- 3) Conduites dissociantes (Salmona 2012).
- 4) Étiologie, fondements théoriques et modèles explicatifs :
  - a. Le Traitement Adaptatif de l'information (Shapiro, 2018).
  - b. Introduction à la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité (Van der Hart et al., 2006) et des État du Moi (Watkins, 2008).
    - i. La stratégie de traitement sera déterminée en fonction du degré de dissociation structurelle :
      1. Primaire, secondaire et tertiaire.
      2. Différenciation d'un traumatisme simple d'une traumatologie complexe (Taylor et al., 2005).
  - c. La structure de la détresse émotionnelle (Foa et al. 1989 et Foa et Kozak 1986).
- 5) Définition et critères diagnostics (DSM 5, 2013):
  - 1) Incidence et prévalence (Friedman et al. 2016 - Galea et al. 2005).
- 6) Facteurs de risque et de protection (Sareen, 2014):
  - a. Facteurs prédisposants, précipitants et de maintien.
- 7) Évaluation et pronostic (Santiago et al., 2013):
  - a. Avant tout, développer l'alliance thérapeutique.
  - b. Diagnostics différentiels, comorbidité (Brady et al. 2006) et pronostic.
  - c. Tests psychométriques.
  - d. Considérations cliniques importantes :
    - i. L'attention double (Shapiro, 2018).
    - ii. La fenêtre de tolérance aux affects (Ogden et al., 2006).
  - e. Comment évaluer l'histoire traumatique sans déstabiliser le client:



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

- i. Histoire développementale et inventaire des traumatismes.
- 8) Comment structurer les étapes de traitements qui mèneront vers un rétablissement (Van Der Hart 2006) :
  - a. La tulipe.
  - b. Selon le degré de la dissociation.
- 9) Stabilisation (Tarquinio, 2017):
  - a. La sécurité :
    - i. Être en sécurité.
      - 1. Dangers suicidaire et homicidaire.
    - ii. Sentiment de sécurité.
    - iii. Construire un lien d'attachement sécuritaire avec le thérapeute.
  - b. Créer de l'espoir.
  - c. Amélioration de l'hygiène de vie.
  - d. Stratégies de base dans la gestion de l'anxiété :
    - i. Amélioration de la capacité à s'apaiser.
    - ii. Favoriser le sentiment de sécurité dans le bureau du thérapeute.
  - e. Psychoéducation (Foa et al., 2009).
  - f. Stratégies pour gérer la symptomatologie de l'ESPT :
    - i. Stratégies de gestion émotionnelle (Brillon, 2013).
    - ii. Les états dissociatifs tels que l'absorption, la déréalisation, la dépersonnalisation, l'amnésie dissociative, le flashback et les pseudo-hallucinations dissociatives :
      - 1. Cerner les signes précurseurs d'un tel état.
      - 2. Identifier les déclencheurs traumatiques.
      - 3. Enseigner les stratégies d'ancrage dans la réalité (Najavits 2002).
      - 4. Stratégies de réorientation temps / espace / contexte.
      - 5. Carte de gestion de flashbacks.
    - iii. Atténuer la fréquence et l'intensité des cauchemars (Krakow, 2006).
- 10) Traitement :



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

- a. Peurs et craintes associées (Russel, 2013).
  - b. L'exposition in vivo (Lynch, 2015):
    - i. Psychoéducation.
    - ii. Construction d'une hiérarchie d'exposition.
    - iii. Gestion de l'hypervigilance.
    - iv. Protocole d'exposition in vivo pour l'ESPT.
  - c. L'exposition aux souvenirs (Foa, 2007):
    - i. Psychoéducation.
    - ii. Quel souvenir choisir.
    - iii. Protocole d'exposition cognitive aux souvenirs traumatiques.
    - iv. Ceux qui sur ou sous-accèdent aux souvenirs traumatiques.
    - v. Gérer les états dissociatifs durant le retraitement.
- 11) Réintégration sociale; maintien des acquis et prévention de la rechute (Brillon, 2013).
- 12) L'impact du traitement de l'ESPT chez le thérapeute : (Figley, C. R., 2002 et Brillon, 2020).
- a. Fatigue de compassion et trauma vicariant.
  - b. Comment prendre soin du thérapeute en nous.

### **Méthode ou stratégie pédagogique**

L'exposé théorique (magistral) sera la méthode pédagogique privilégiée considérant la nature du contenu de cet atelier. Des vidéos vous seront présentées afin de rendre plus concrète l'intervention enseignée.

### **Attestation**

Une attestation de participation sera remise aux participant.e.s.

### **Bibliographie sommaire**

Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T, Lucerini, S. (2006). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 2000;61 Suppl 7:22-32.



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

Brillon, P. (2013). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique 5e éd. Québecor.

Brillon, P. (2020). *Entretenir ma vitalité d'aidant : guide de prévention de la fatigue de compassion et de la détresse professionnelle*. Éditions de l'Homme.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition - DSM 5. (2013).  
Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441.

Foa, E.B., Hembree, E.A., Riggs, D., Rauch, S., Franklin, S. (2009). Common Reactions to Trauma. National Center for Posttraumatic Stress Disorder, Retrieved from [www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact\\_shts/fs\\_commonreactions.html](http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_commonreactions.html).

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences – Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.

Foa, E. B., KOZAK, M. J., (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information, *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

Foa, E. B., STEKETEE, G., ROTHBAUM, B. O., (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder, *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (2016). *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York: Guilford Press.

Galea S., Nandi, A. & Vlahov, D. (2005). The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27:78–91.



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

Heim, C.M., Mayberg, H.S., Mletzko, Y., Nemeroff, C.B., Pruessner, J.C. (2013). Decreased Cortical Representation of Genital Somatosensory Field After Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 170, 6, 616-623.

Krakov, B. & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine*, 4(1), 45-70.

Lynch j., Mack L. (2015). PTSD Recovery Program. Hunter Holmes McGuire VAMC-Richmond, Virginia.

McFerlane A.C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9, 1, 3-10.

Najavits L. M. (2002). À la recherche de la sécurité : Guide de traitement de l'ESPT et de l'abus de substances. (pp. 145-157), New York, The Guilford Press.

Ogden, P., Minton, K., and Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.

Russel C. and Figley C.R. (2013). *Treating Traumatic Stress Injuries in Military Personnel: An EMDR Practitioner's Guide*. New York, Routledge.

Salmona M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. *Traumas et résilience*, Paris, Dunod, p. 113 -120.

Santiago, P. N., Ursano, R. J., Gray, C. L., Pynoos, R. S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M. J., Fullerton, C. S. (2013). A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5. Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. *PLoS ONE*, 8(4).

Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk



perfectionnement.com

FORMATION EN LIGNE

Factors, and Treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(9): 460–467.

Shapiro F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic Principles, Protocols and Procedures* (third edition), New York, Guildford Press.

Tarquinio, C. (2017). *Pratique de la psychothérapie EMDR* (pp. 317-326). Dunod, Paris.

Taylor S., Asmundson G., Carleton R. (2005). Simple versus complex PTSD : A cluster analytic investigation. *Anxiety Disorders*. 20, 459-472.

Van Der Hart o., Nijenhuis E.R., Steel, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*, New York, Norton.

Watkins J.G., Forgash, C., & Copeley, M (2008). *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and Ego State Therapy*. New York, Springer.