

Rééducation cognitive, comportement et émotions: quelles pistes d'intervention?

Agata Krasny-Pacini, MCUPH en MPR

EMOITC, Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau Strasbourg

Unité INSERM 1114 Neuropsychologie Cognitive Et Physiopathologie De La
Schizophrénie, Strasbourg

Objectifs



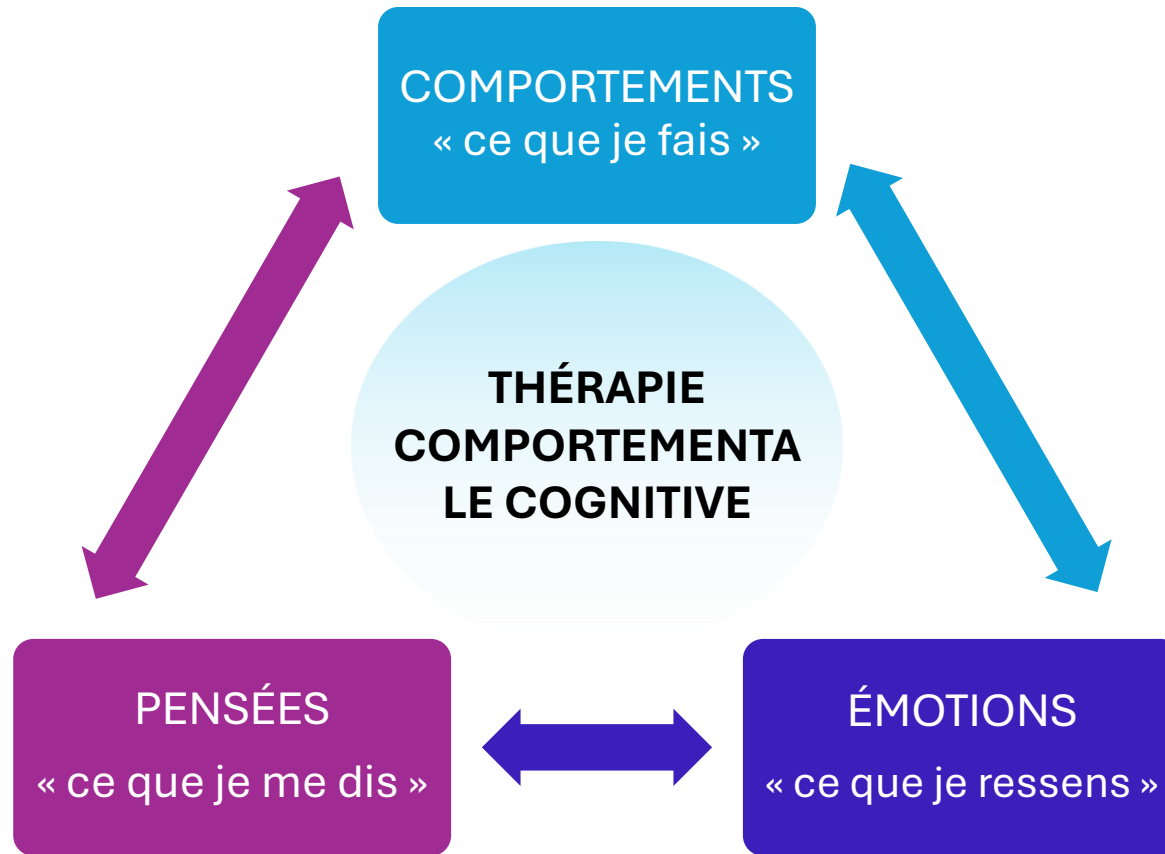
- A quoi servent ces émotions?
- Connaître Les TCC et leur adaptations aux troubles cognitifs
- Tous au service de la flexibilité, de la vie psychique et de la croissance post-traumatique?
- Connaître des outils simple de TCCE:
 - Matrice ACT
 - PP et Gratitude
 - Analyse en chaine?
 - Validation
 - Défuser: nous sommes pas nos pensées
- Sans devenir psychologue, avoir envie / savoir où de se former à des techniques spécifiques:
 - ACT
 - TCD
 - Psychothérapie pour les personnes avec troubles phasiques et cognitifs sévère?

Cognition et
Comportement...
... et Emotions?

Des modèles neuropsychologiques qui intègrent trop peu les émotions

Cognitif	FONCTIONS EXECUTIVES	Comportement
Inhibition		Hyperactivité dont désinhibition/ distractibilité
Déduction de règles		Hypoactivité
Maintien et Flexibilité (shifting)		Dépendance à l'environnement
Générations d'informations		Persévérations
Planification		Anosognosie
Initiation		Troubles émotionnels
Double tâche		Confabulations
Stratégie de mémoire épisodique		Comportement social + alimentaire/sexuel/sphinctérien
Métacognition		
Théorie de l'Esprit		

D'après Godefroy et GREFFEX



Emotion

- Réponse automatique à un stimulus externe ou interne entraînant des changements
 - physiologiques,
 - cognitifs
 - comportementaux
- Déclencheurs = événements, des pensées, des souvenirs ou des réactions instinctives.

UTILITÉ DES ÉMOTIONS

1 LES ÉMOTIONS NOUS PREPARENT À AGIR

L'urgence à agir liée à différentes émotions est souvent « programmée » biologiquement.



2 LES ÉMOTIONS COMMUNIQUENT AVEC LES AUTRES

Les émotions informent les autres sur ce que nous ressentons et influencent leurs ressentis et comportements à notre égard.



3 LES ÉMOTIONS COMMUNIQUENT AVEC NOUS

Les émotions nous informent sur comment nous réagissons aux événements et peuvent agir comme des alertes face à un danger.



Cf vidéo « identification émotions » sur youtube GREMO HUS

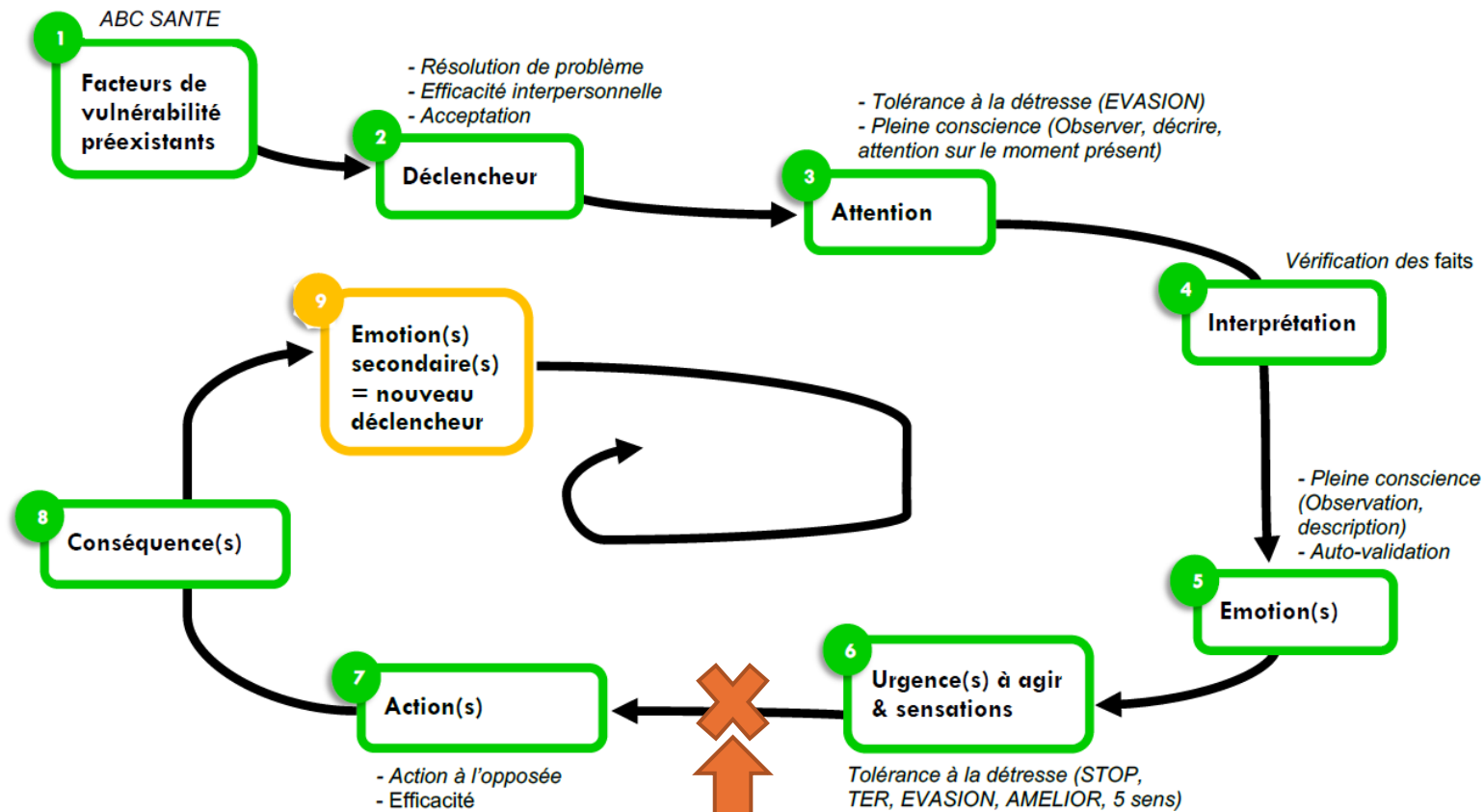


Comprendre les émotions (Thérapie Comportementale)

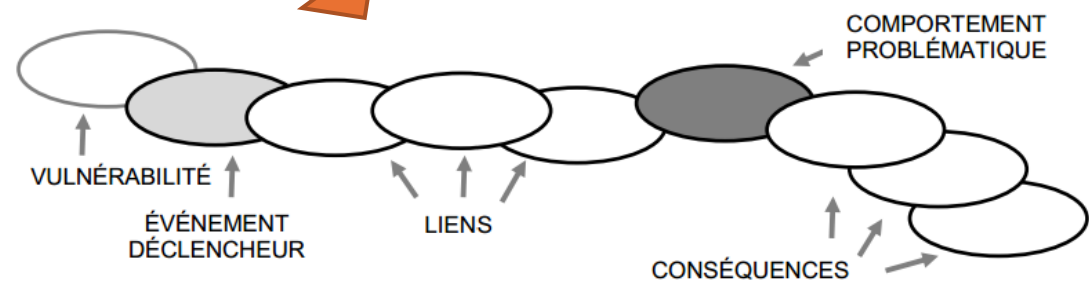
YouTube · GREMO HUS

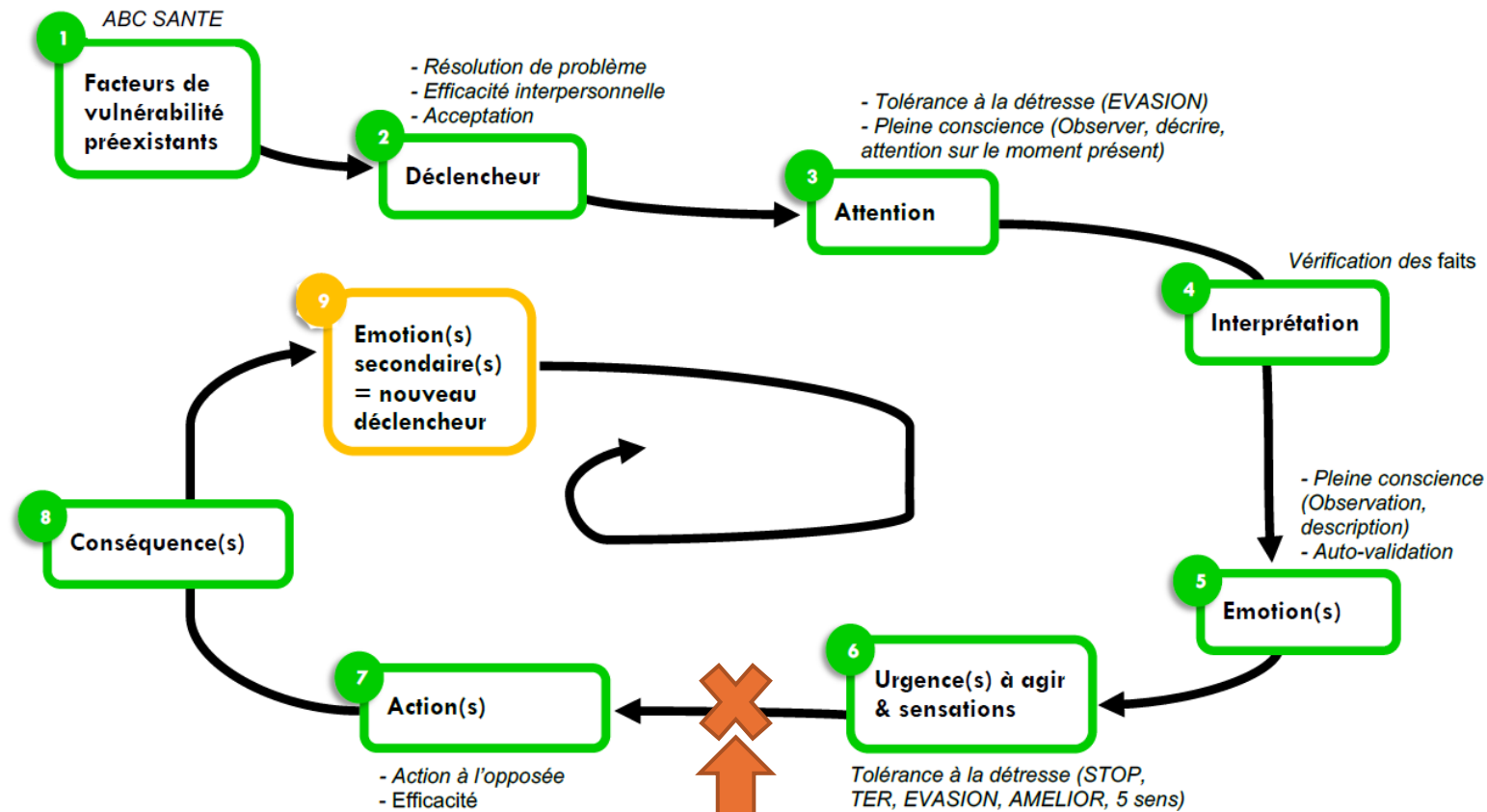
27 mars 2020

[Le piège du bonheur: Évolution de l'esprit humain - YouTube](#)

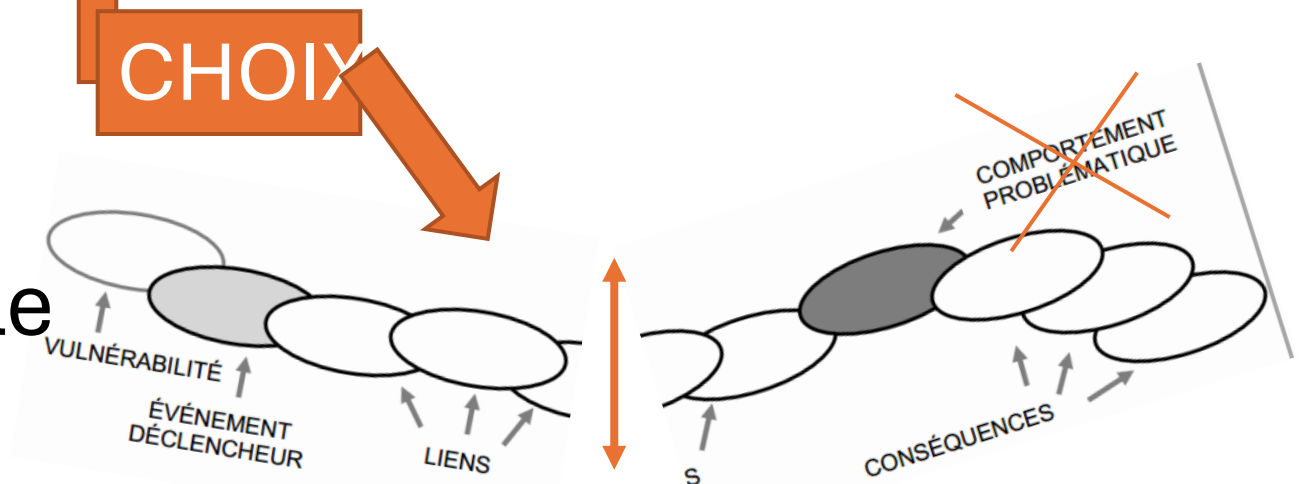


Modèle de la Thérapie Comportementale Dialectique

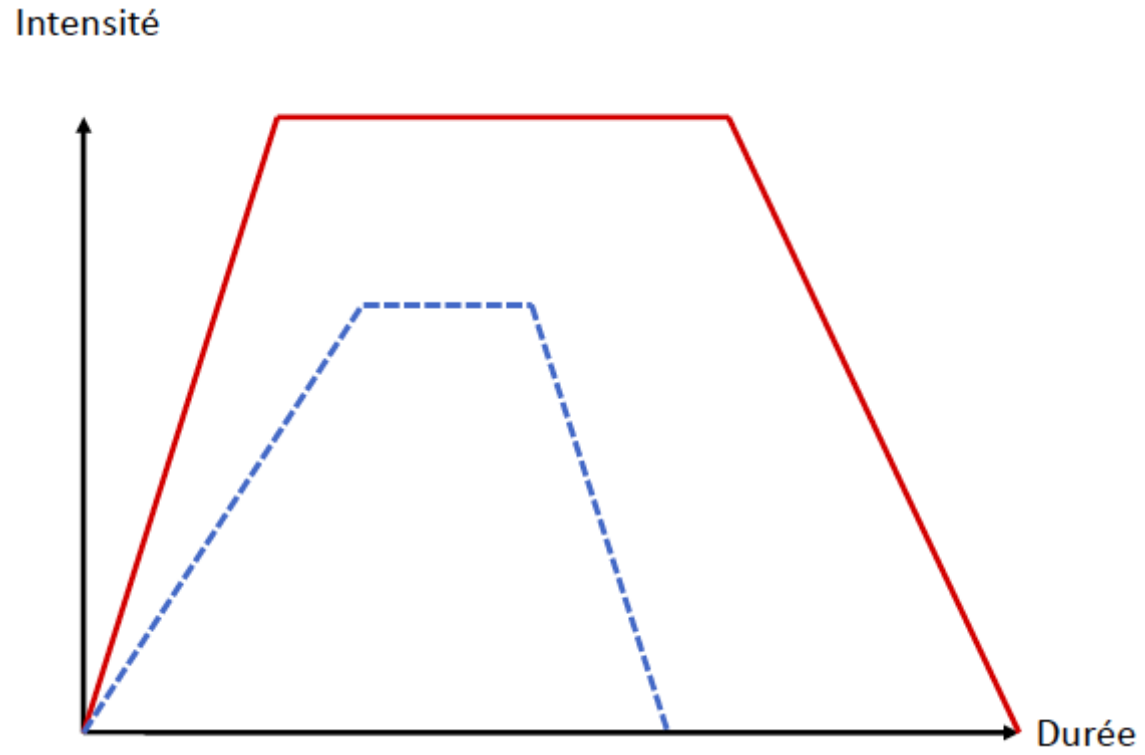




Modèle de la Thérapie Comportementale Dialectique



La dysrégulation émotionnelle : Difficultés à réguler ses émotions



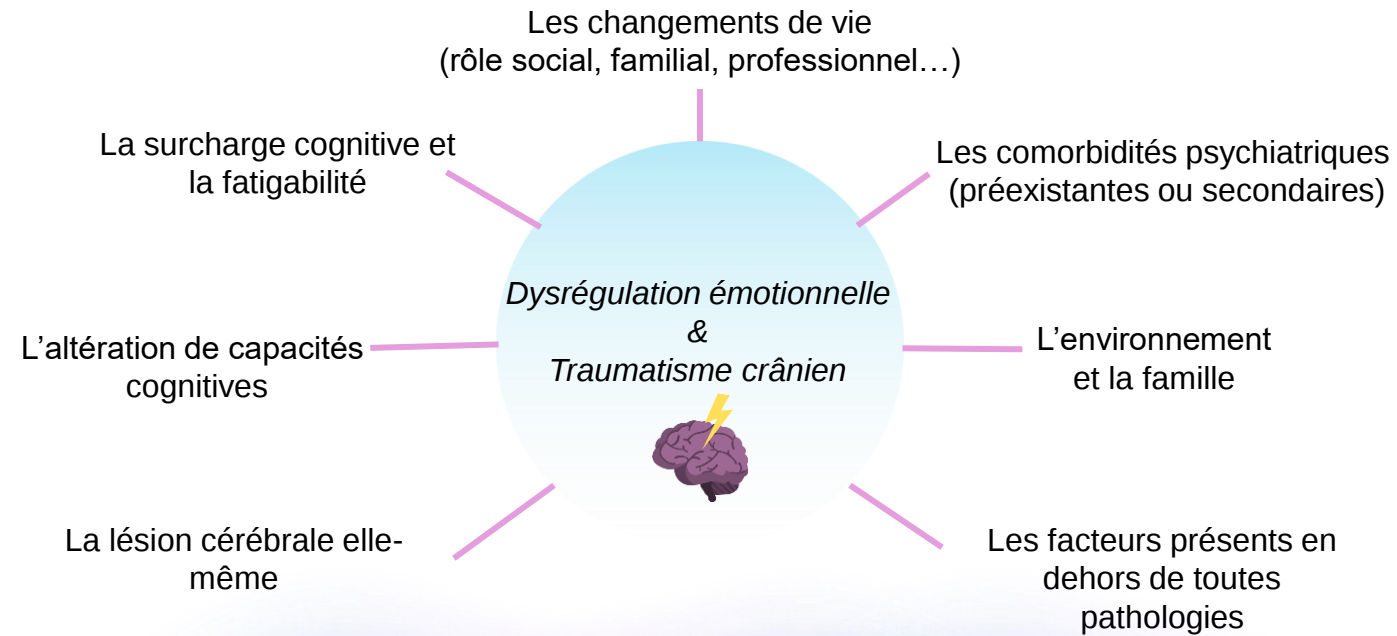
**3 paramètres impliqués
dans la dysrégulation
émotionnelle:**

- Réactivité
- Durée
- Descente

Dysrégulation émotionnelle

Sujet sain

Hypothèse des facteurs impliqués dans la dysrégulation émotionnelle et les troubles du comportement:



(HDR Krasny-Pacini, 2022 ; Van der Horn, Liemburg, Aleman, et al., 2016 ; Feinstein et al., 2011 ; May et al., 2017 ; Rosenberg et al., 2018 ; Thompson et al., 1993 ; van der Horn et al., 2019 ; Katsifaraki & Wood, 2014)

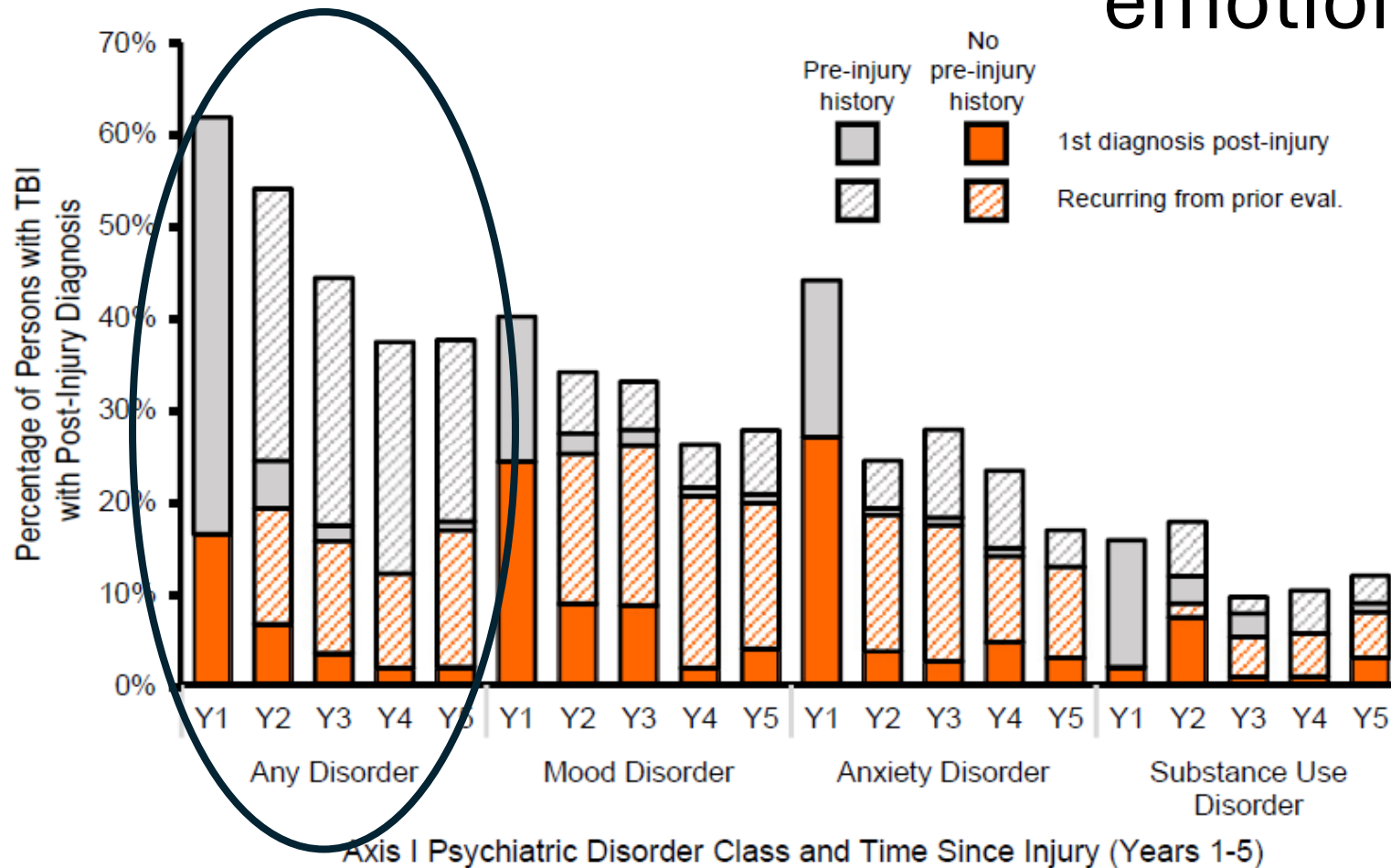
« *Mais alors est-ce du à la lésion cérébrale?* »

- Question pour les expertises
- **PAS/Peu pour l'accompagnement**
- La personne dans son unité:
 - Pré et post lésion
 - Neurologique et psychiatrique
 - Cognitif et émotionnel/psychique

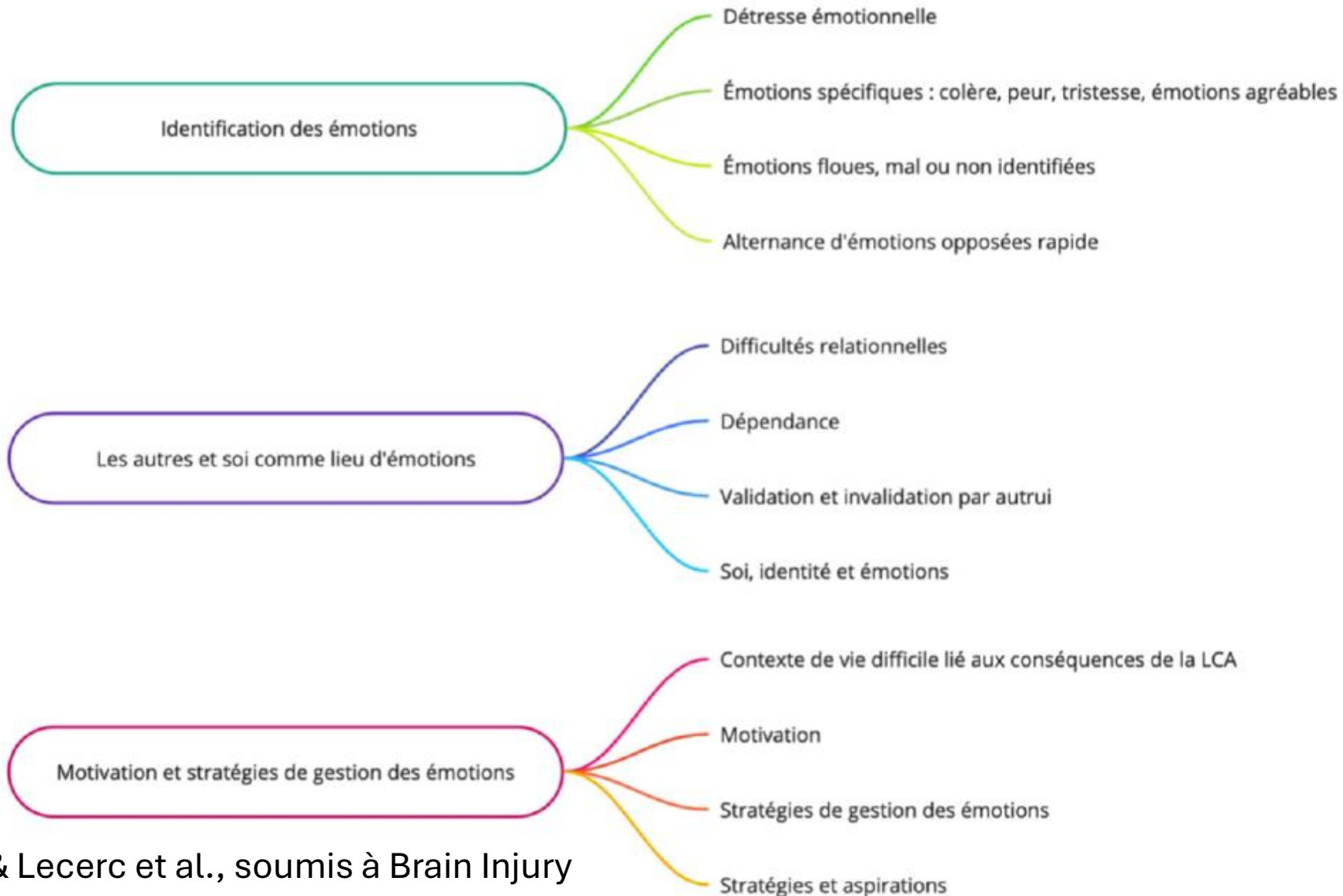
EMOITC: Rejoindre les personnes les plus en difficultés (en refus de accompagnement, prisons, comorbidités psychiatriques/ addiction sévères, «trouble de personnalité pré-morbide », pauvreté

Troubles cognitifs, comportementaux...

...Mais aussi psychiatriques et émotionnels



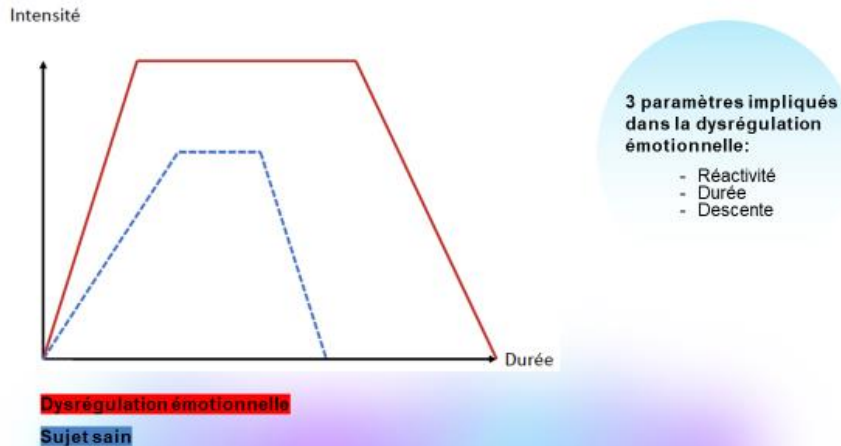
Vécu émotionnel FLOU



Emotions et fonctions cognitives – qq exemples

Dysrégulation Emotionnelle et Fonction exécutives chaudes

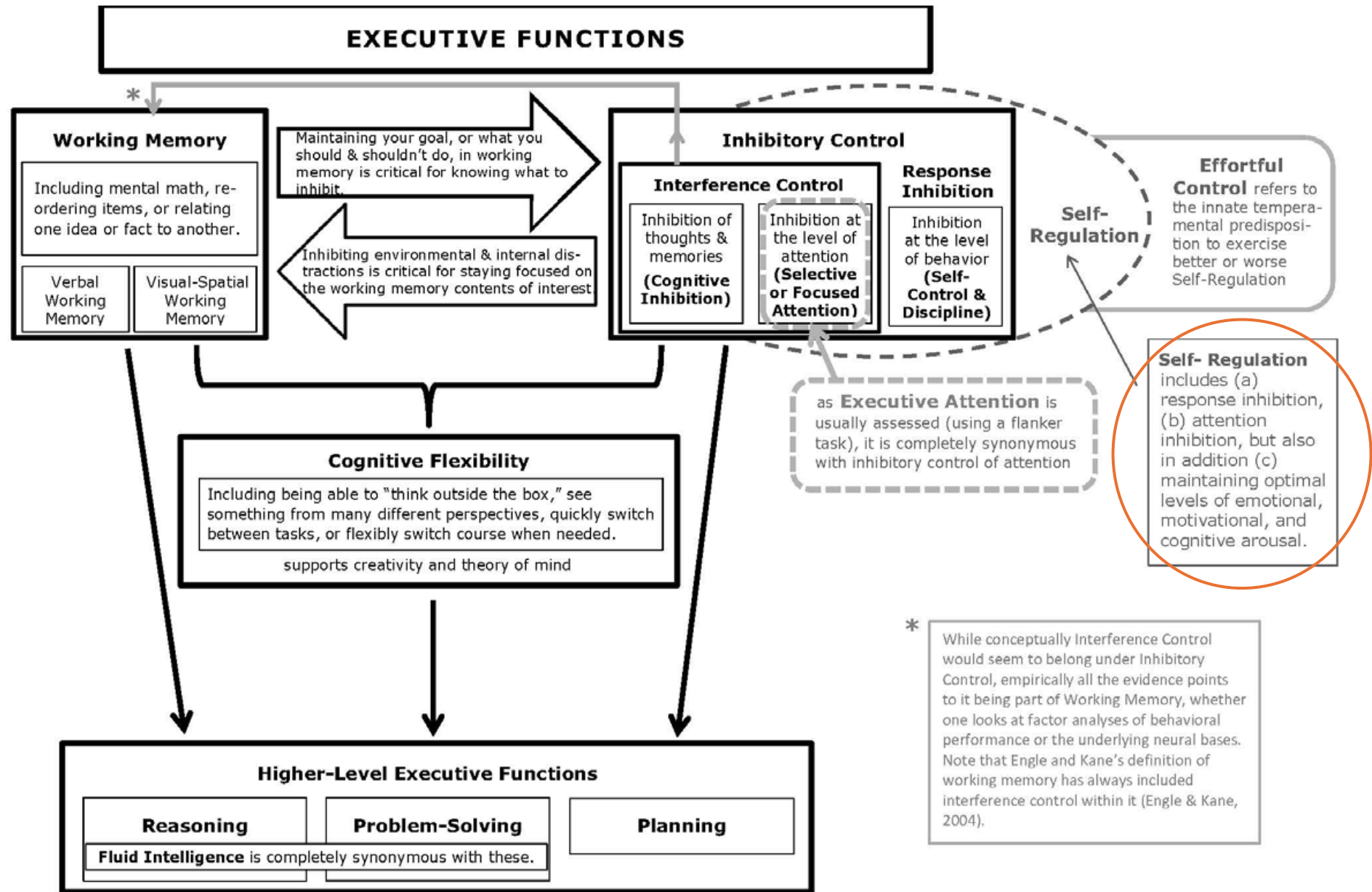
La dysrégulation émotionnelle :
Difficultés à réguler ses émotions



Auto-questionnaire DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale – brief version).

Des scores plus élevés reflètent davantage de dysrégulation émotionnelle. Les scores avec une *, correspondent à des scores au dessus du 5^{ème} percentile, en comparaison avec les scores de contrôles de sexe masculin et de haut nouveau d'éducation.

Non-acceptation de la réponse émotionnelle	11
Difficultés à adopter des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives	15*
Difficultés à contrôler les comportements impulsifs	8
Difficultés à accéder aux stratégies de régulation émotionnelle	17
Manque d'identification émotionnelle ou de clarté	5



Régulation émotionnelle



Fonctions exécutives

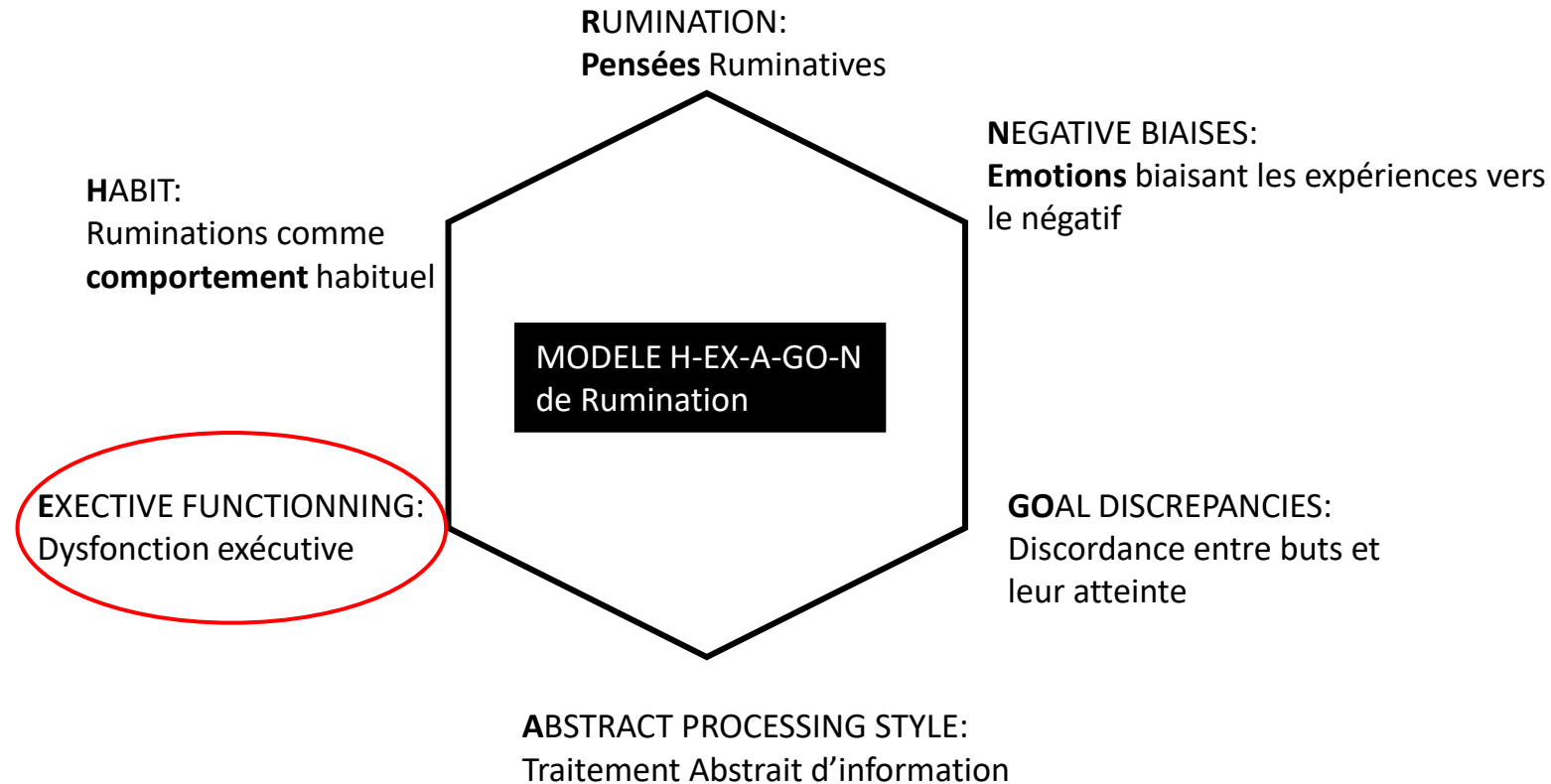
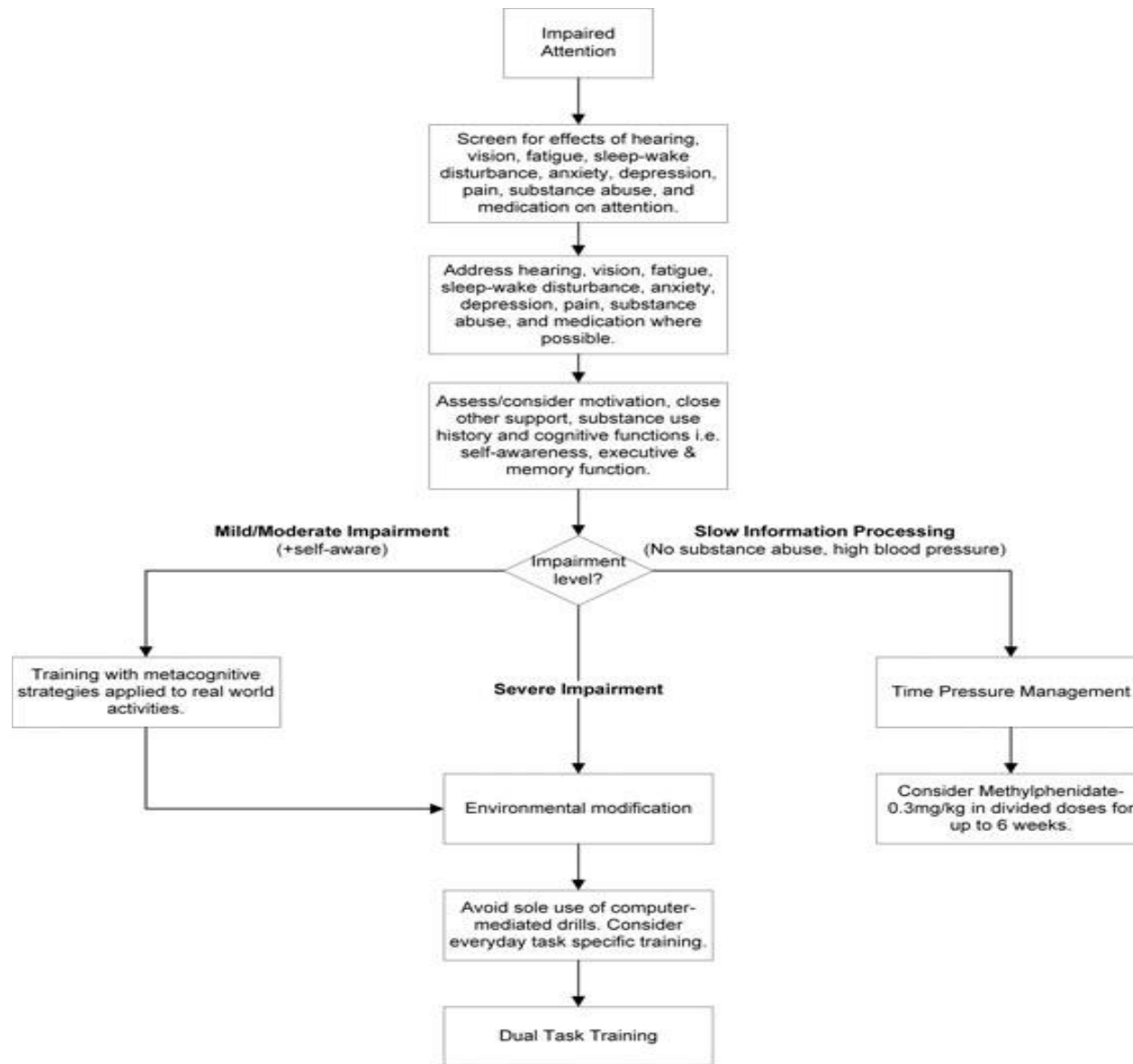


Figure 2: Modèle HEXAGON adapté au modèle pensées-comportement-émotions des TCC, adapté de Watkins et Roberts 2020

Orientation au problème et « self-talk » négatif, Rath et al. 2011		
Composant d'orientation au problème	Orientation positive	Orientation négative/inadéquate
Attribution du problème	Les problèmes sont des événements normaux, ordinaires et inévitables dans la vie	« Les problèmes et les difficultés de vie quotidienne sont exclusivement attribués à ma lésion cérébrale »
Evaluation du problème	Les problèmes sont des opportunités pour progresser.	« Les problèmes menacent mon bien-être ; il faut donc les attaquer immédiatement sans plan préalable ou les éviter à tout prix »
Perception d'une possibilité de contrôle	Les problèmes peuvent être résolus	Les problèmes sont vus comme fixés, immuables, ou sans possibilité d'action dessus
Investissement temps/effort	Vouloir passer le temps et énergie nécessaire pour une activité ou une stratégie de	« Les personnes compétentes devant un problème sont seulement celles qui arrivent à les résoudre vite et sans effort »

INCOG 2.0 Guidelines for Cognitive Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury, Part II: Attention and Information Processing Speed

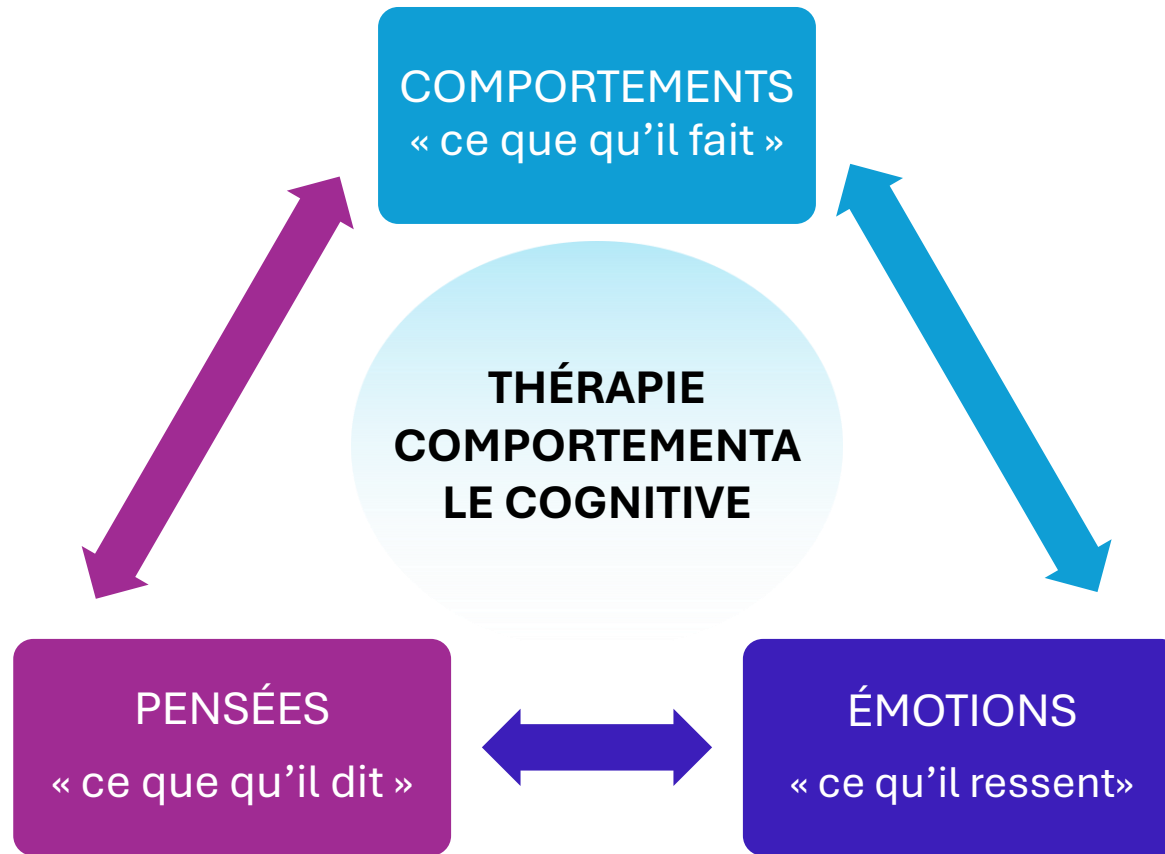
Jennie Ponsford, AO, PhD, MA; Diana Velikonja, PhD, MScCP; Shannon Janzen, MSc; Amber Harnett, MSc, BSc; Amanda McIntyre, RN; Catherine Wiseman-Hakes, PhD, Reg CASLPO; Leanne Togher, PhD, BAppSc; Robert Teasell, MD, FRCPC; Ailene Kua, MSc, PMP; Eleni Patsakos, MSc; Penny Welch-West, MCLSc, SLP Reg CASLPO; Mark Theodore Bayley, MD, FRCPC



Attention #6: Training in mindfulness-based meditation techniques is not recommended for remediation of attention deficits.

Attention # 11: Amantadine should not be used to enhance attentional functions following emergence from coma.

Le modèle des TCC



TCCE - relation thérapeutique

- On ne rassure pas les patients
- On responsabilise les patients
- On ne considère pas les patients comme fragile
- On ne vend pas une vie sans souffrance

Tableau 2 : Adaptations possibles des TCC aux spécificités des personnes avec lésion cérébrale – adapté de Fann et al., Ownsworth & Gracey, Gallagher et al. (27–29) :

	Adaptations
Conceptualisation de cas / psychoéducation spécifique à la lésion cérébrale	- Inclure les forces et difficultés cognitives dans la conceptualisation de cas - compréhension multidimensionnelle des changements post lésion cérébrale, - normaliser les changements et difficultés et de faire le lien avec les TCC
Attention et concentration	- Raccourcir la durée (e.g. 30 à 45 minutes) et augmenter la fréquence des séances si nécessaire - Proposer de faire des pauses pour gérer la fatigue - Éviter de demander à être en multitâche (e.g. écouter et lire, écouter et prendre des notes en même temps pour les séances en groupe)
Communication	- Adapter le débit de parole, demander un feedback pour ajuster sa communication - Questions claires et structurées (éviter de surcharger la mémoire de travail avec des questions trop longues ou plusieurs questions en une) - Langage simplifié sans infantilisation, voire utilisation de pictogrammes (30) - Utilisation de métaphores et exemples concrets - Présenter des concepts et les liens entre eux par différents canaux (e.g. oral et visuel à l'aide de cartes visuelles)
Mémoire	- Répéter de nombreuses fois les concepts clef - Dossier/ livret avec nombreuses modalités - Utiliser des documents d'auto-observation, simplifiés si nécessaire Utiliser des aide-mémoires - Favoriser la récupération espacée des apprentissages clés Planifier à l'avance des moments pour faire les pratiques à domicile - Rappels (e.g. alarmes, SMS) pour favoriser l'assiduité et la complétion des pratiques à domicile
Fonctions exécutives	- Laisser un temps de réponse allongé pour s'adapter à une vitesse de traitement ralentie - Travailler les logorrhées, en collaboration avec les neuropsychologues, préparation écrite des partages en groupe - Donner des exemples concrets et générer des métaphores - Aider à générer des solutions lorsque nécessaire pour s'adapter aux difficultés de flexibilité - Adopter une attitude plus directive si nécessaire - Cibler particulièrement l'initiation - Techniques de changements comportementaux et des pratiques expérientielles plutôt que des techniques basées sur le raisonnement et le langage

Troubles neuropsychiques et comportementaux des traumatisés crâniens sévères

G. Behr, M. Kuppelin, J. Luaute, A. Krasny-Pacini

Résumé : Le traumatisme crânien sévère se définit classiquement par une phase de coma et un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 constaté dans les 24 premières heures. Longtemps, la prise en charge du traumatisé crânien s'est focalisée sur la récupération motrice et sensorielle, négligeant les symptômes psychiques, pourtant souvent nombreux, parfois fluctuants, mais bien souvent invalidants. Ils incluent les troubles neurologiques séquellaires, les troubles psychiatriques réactionnels, les troubles du comportement, les déficits neurocognitifs et sociocognitifs. De la phase de coma en passant par l'éveil, puis par le parcours de rééducation et de réinsertion, ces séquelles psychiques constituent un handicap qualifié d'invisible, qui nécessite pour en évaluer toute la portée d'interroger les plaintes du patient, mais également celles de son entourage. Les soins prodigués, aux confins de la neurologie, de la psychiatrie et de la rééducation, font idéalement intervenir une équipe pluridisciplinaire (médecine physique et de réadaptation, neurologues, psychiatres, neuropsychologues...) dans un exercice coordonné qui s'inscrit dans la durée. L'arsenal thérapeutique du praticien inclut la pharmacologie psychotrope, les différentes techniques de prise en charge psychothérapeutique et de régulation émotionnelle, la psychoéducation du patient et de sa famille, avec un souci permanent d'accompagnement, de réévaluation et d'ajustement pour prendre en compte le devenir imprédictible des symptômes, pouvant tout autant évoluer vers une amélioration que vers une aggravation. La cinétique particulière de l'évolution — déficit brutal et massif suivi d'une évolution vers la récupération — et le polymorphisme des lésions cérébrales et de leur expression clinique en font une pathologie neuropsychiatrique à part, qui s'accommode mal de recommandations trop rigides, chaque patient étant unique et motivant un parcours de soins qui lui est propre. En définitive, le défi de ces prises en charge singulières interroge la capacité du praticien à remettre fréquemment en question ses choix thérapeutiques en cas d'obstacle et à s'adapter en permanence à l'évolution de son patient.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la feuille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Note de l'éditeur : Elsevier adopte une position neutre en ce qui concerne les conflits territoriaux ou les revendications juridictionnelles dans le contenu qu'il publie, y compris dans les cartes et les affiliations institutionnelles.

Mots-clés : Traumatisme crânien ; Troubles psychiques ; Thérapies ; Traitements pharmacologiques ; Rééducation cognitive ; Reconstruction identitaire ; Troubles du comportement ; Agitation postcoma

Prendre en compte les émotions en rééducation

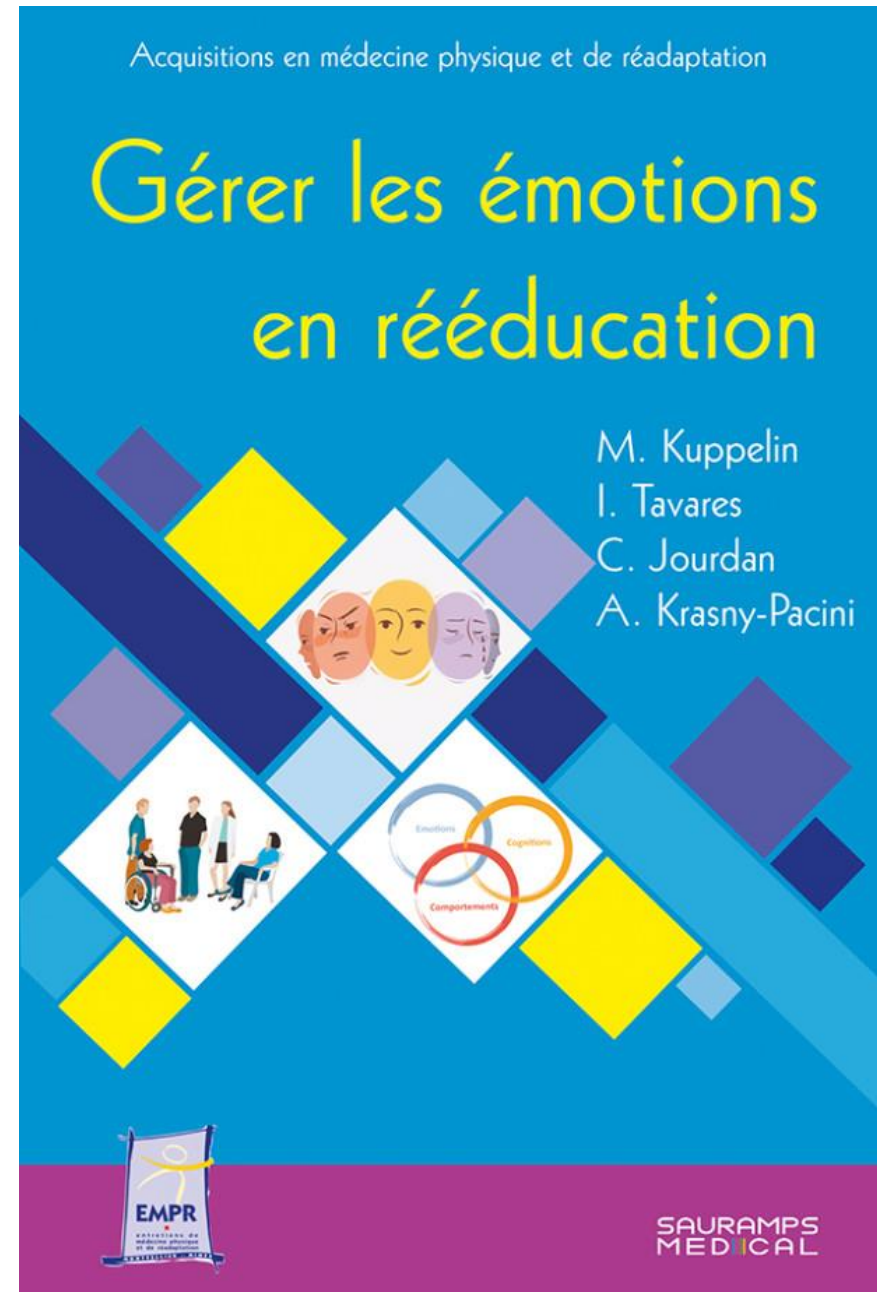
Matrice ACT

Outil de psychologie positive

Validation

Analyse en Chaîne

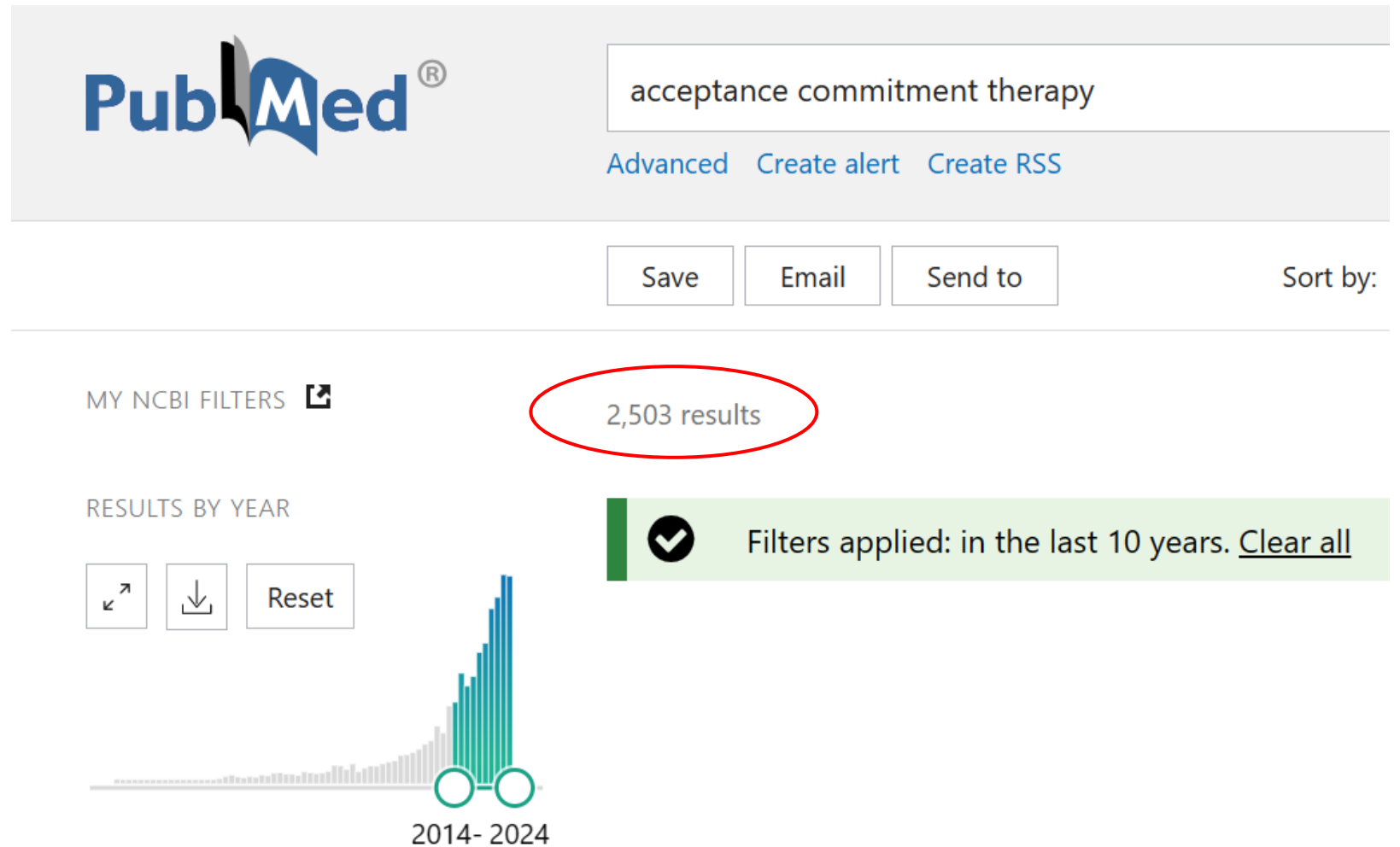
Techniques de Defusion



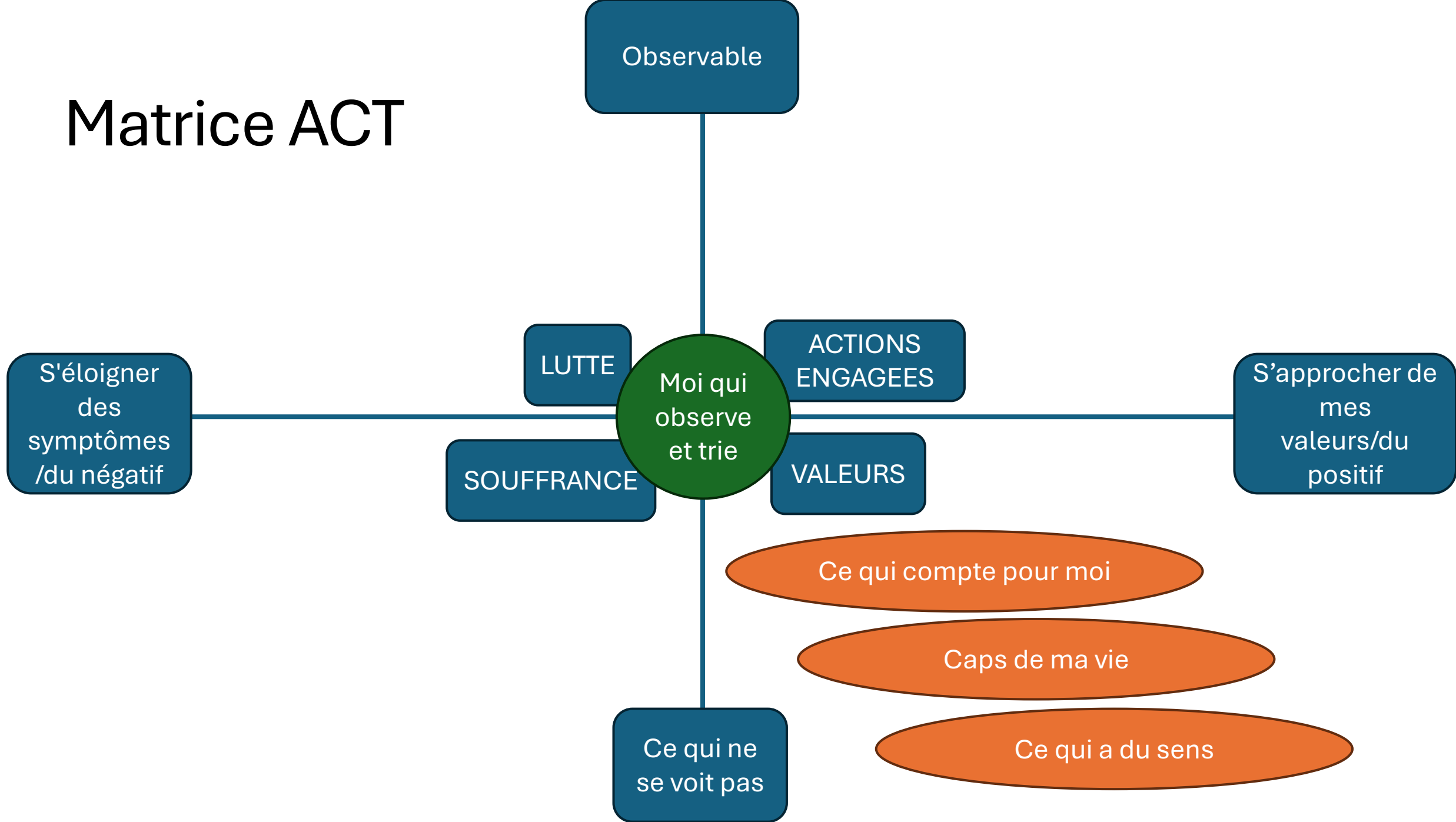
Matrice ACT

ACT

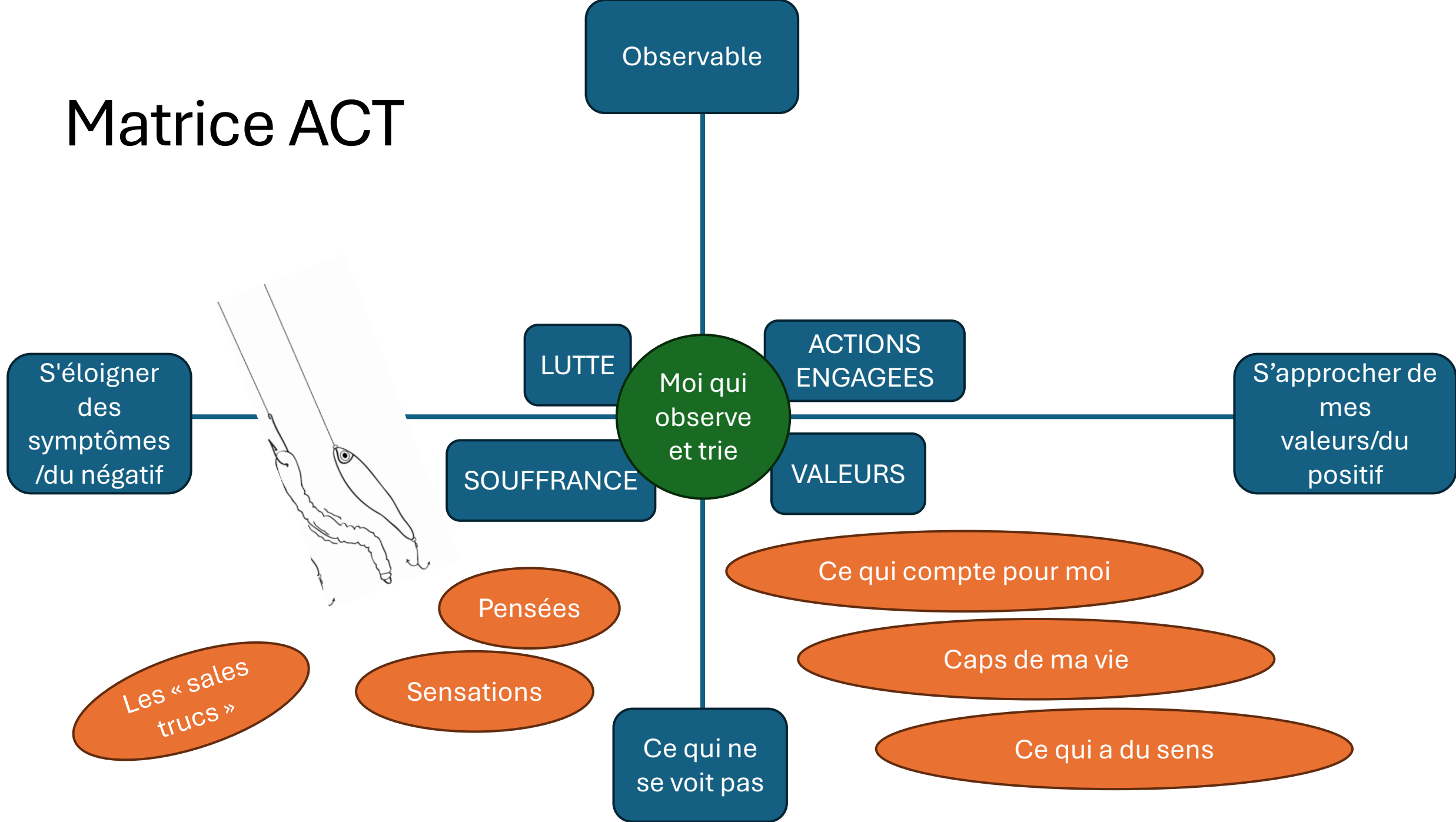
Passengers On A Bus - an Acceptance & Commitment Therapy (ACT) Metaphor - YouTube



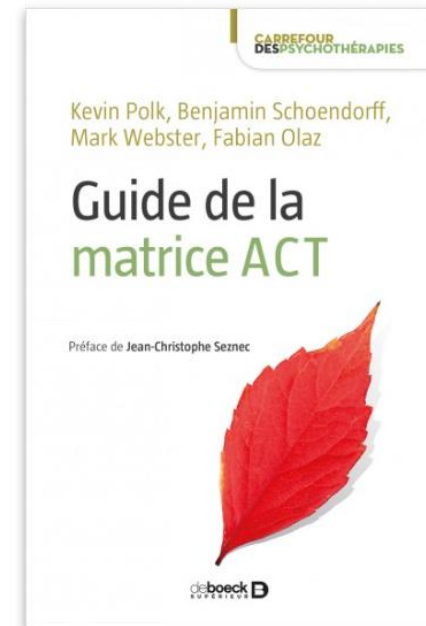
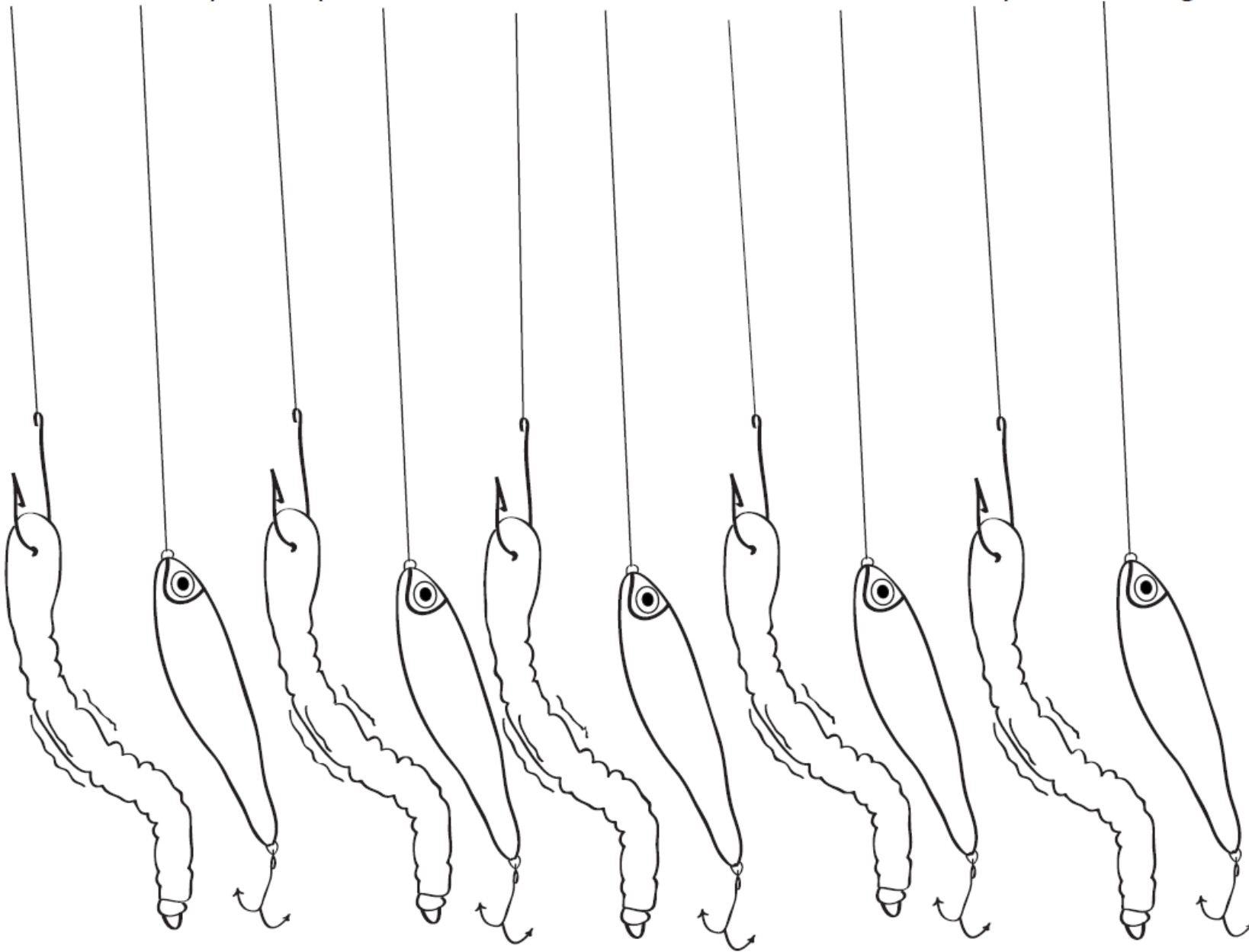
Matrice ACT

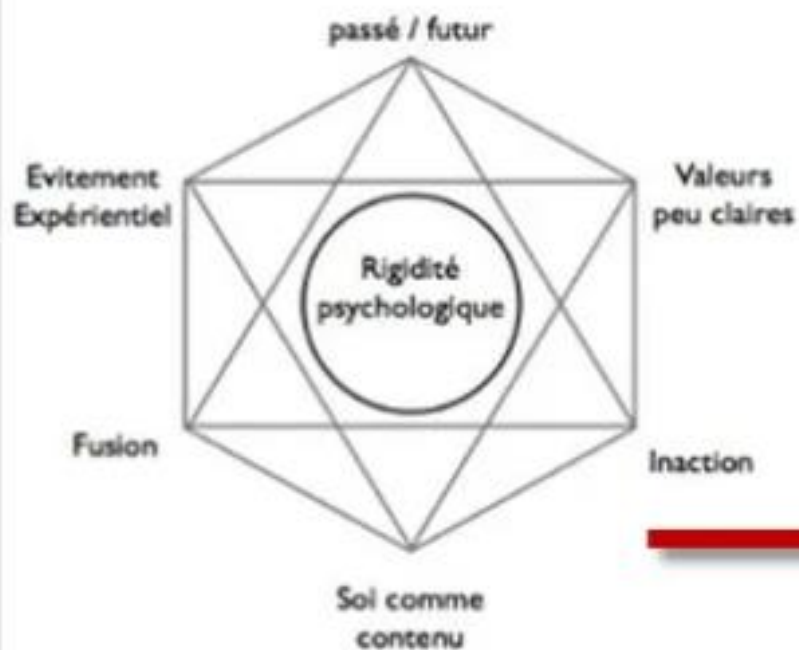


Matrice ACT



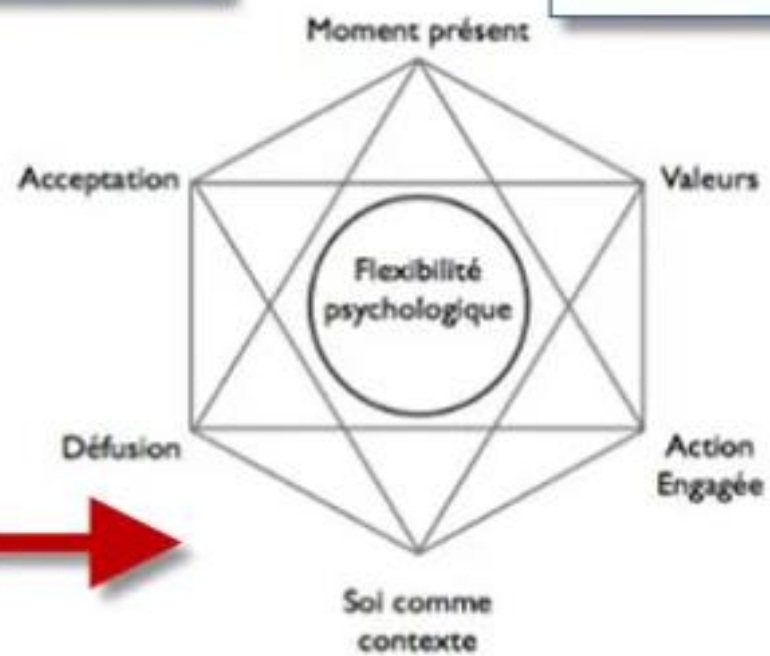
FICHE HAMEÇONS. Inscrivez vos hameçons sur les appâts, et sur la ligne, notez ce que vous faites ensuite. Par exemple vous pourriez écrire «Colère» sur un vers et «Élever la voix et partir» sur la ligne.





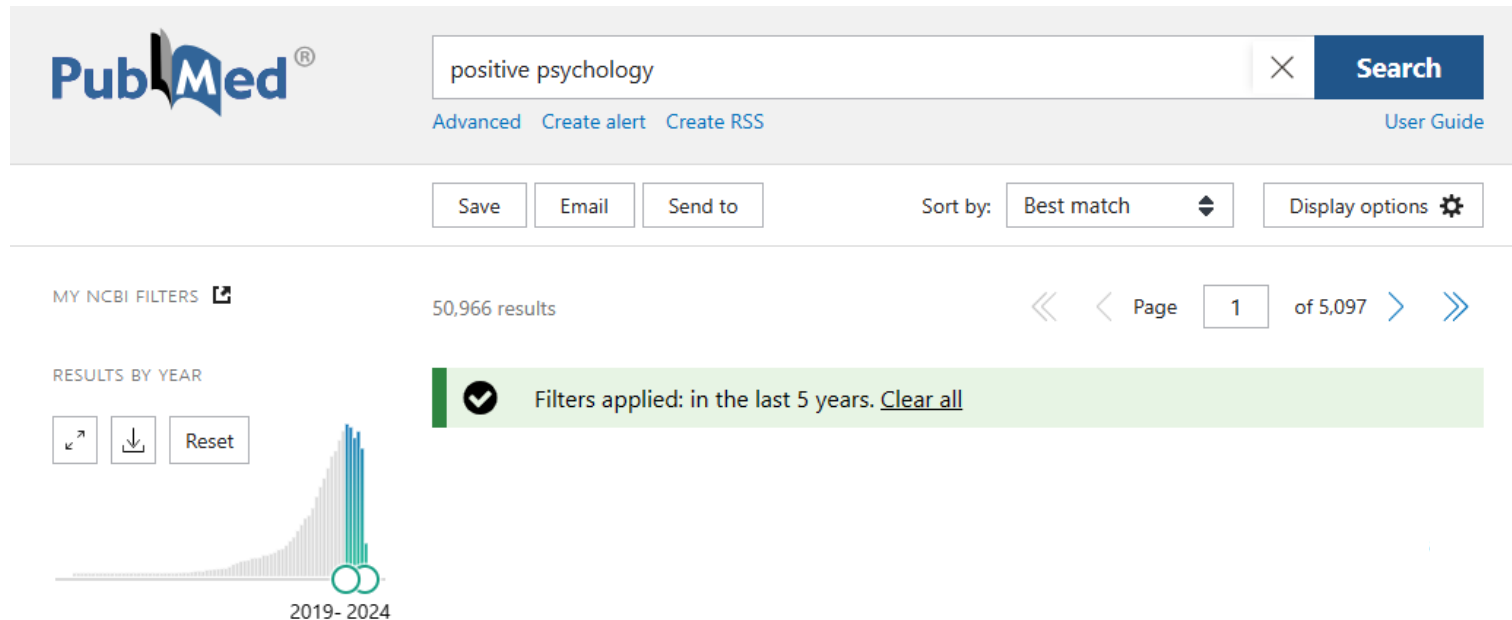
Processus d'acceptation
et pleine conscience

Processus de changement
comportemental et
d'engagement



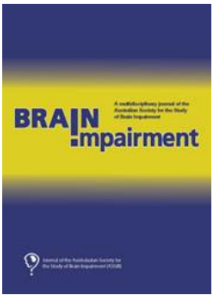
But de l'ACT

Psychologie positive et « popstar »



Three Forms of Happiness Defined Within Positive Psychology

Form of happiness	Description
The pleasant life	Positive emotion (pleasure) in the present, but also in relation to the past (e.g., sense of satisfaction) and the future (e.g., optimism).
The engaged life	Using personal traits and positive character strengths (e.g., kindness, wisdom, capacity to love and be loved) to meet challenges in everyday life. A concept also associated with engagement is that of 'flow' (Csikszentmihalyi, 1990), which refers to the experience of being completely involved in an activity for its own sake, involving a challenging activity that requires skills, with clear goals and feedback, focused attention, a sense of control, sometimes associated with the experience of loss of the sense of the passage of time.
The meaningful life	Belonging to, and serving, 'positive institutions'. The concept of a positive institution is broadly defined as one that fosters positive emotion (Duckworth et al., 2005, p. 636), but includes families and communities, volunteering, public service, etc.



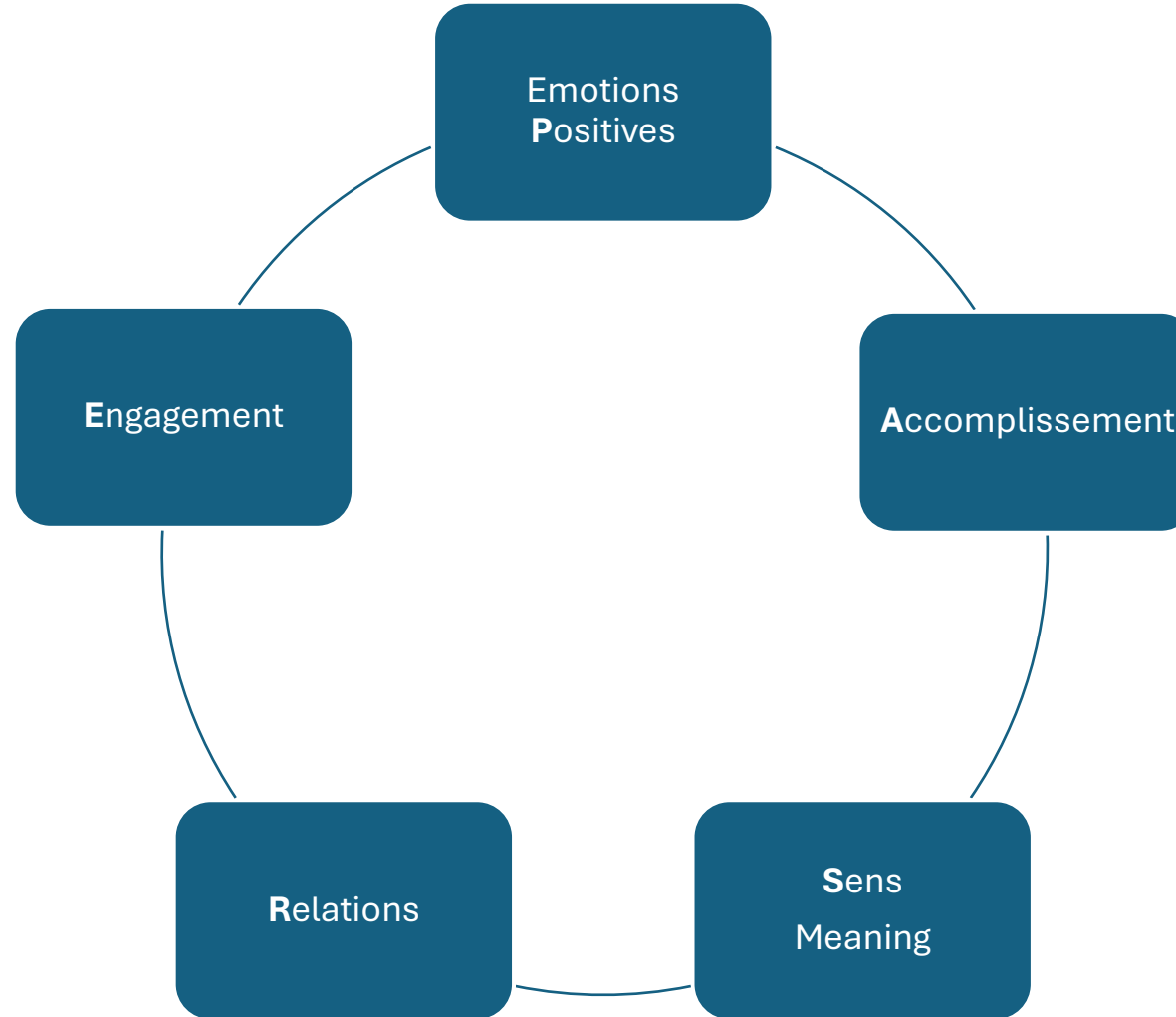
Positive Psychology and Brain Injury Rehabilitation

Published online by Cambridge University Press: 21 February 2012

Jonathan J. Evans

Article Metrics

modèle « PERMA » de Seligman



PP après lésion cérébrale?

Trois choses positives

Utiliser les forces de caractère
d'une nouvelle manière

Don de temps

Outline of PoPsTAR trial intervention

Session 1: Information about stroke/brain injury. Introduction to Positive Psychology.

Session 2: Character strengths.

Session 3: Gratitude, savouring, and three good things.

Session 4: Mid-point summary and review.

Session 5: Optimism, hope, and personal growth.

Session 6: The gift of time.

Session 7: The full life.

Session 8: Final summary and plan for future maintenance.

Randomized Controlled Trial

➤ [Neuropsychol Rehabil.](#) 2018 Jan;28(1):17-33.

doi: 10.1080/09602011.2015.1131722. Epub 2016 Jan 4.

Positive PsychoTherapy in ABI Rehab (PoPsTAR): A pilot randomised controlled trial

Breda Cullen¹, Jaycee Pownall¹, Joanne Cummings^{1 2}, Satu Baylan¹, Niall Broomfield^{1 3},
Caroline Haig⁴, Denyse Kersel⁵, Heather Murray⁴, Jonathan J Evans¹



Classification of Character Strengths⁶

1. Wisdom and Knowledge: cognitive strengths that entail the acquisition and use of knowledge

- **Creativity** [originality, ingenuity]: thinking of novel and productive ways to conceptualise and do things; includes artistic achievement but is not limited to it
- **Curiosity** [interest, novelty-seeking, openness to experience]: taking an interest in ongoing experience for its own sake; finding subjects and topics fascinating; exploring and discovering
- **Judgment and Open-Mindedness** [critical thinking]: thinking things through and examining them from all sides; not jumping to conclusions; being able to change one's mind in light of evidence; weighing all evidence fairly
- **Love of Learning**: mastering new skills, topics, and bodies of knowledge, whether on one's own or formally; this is obviously related to curiosity, but goes beyond it to describe the tendency to add systematically to what one knows
- **Perspective** [wisdom]: being able to provide wise counsel to others; having ways of looking at the world that make sense to oneself and to other people

2. Courage: emotional strengths that involve the exercise of will to accomplish goals in the face of opposition, external or internal

- **Bravery** [valour]: not shrinking from threat, challenge, difficulty, or pain; speaking up for what is right even if there is opposition; acting on convictions even if unpopular; includes physical bravery but is not limited to it
- **Perseverance** [persistence, industriousness]: finishing what one starts; persisting in a course of action in spite of obstacles; 'getting it out the door'; taking pleasure in completing tasks
- **Honesty** [authenticity, integrity]: speaking the truth but more broadly presenting oneself in a genuine way and acting in a sincere way; being without pretence; taking responsibility for one's feelings and actions
- **Zest** [vitality, enthusiasm, vigour, energy]: approaching life with excitement and energy; not doing things halfway or half-heartedly; living life as an adventure; feeling alive and activated

3. Love and Humanity: interpersonal strengths that involve tending and befriending others

- **Capacity to Love and Be Loved**: valuing close relations with others, in particular those in which sharing and caring are reciprocated; being close to people
- **Kindness** [generosity, nurturance, care, compassion, altruistic love, 'niceness']: doing favours and good deeds for others; helping them; taking care of them
- **Social Intelligence** [emotional intelligence, personal intelligence]: being aware of the motives and feelings of other people and oneself; knowing what to do to fit into different social situations; knowing what makes other people tick

4. Justice: civic strengths that underlie healthy community life

- **Teamwork** [citizenship, social responsibility, loyalty]: working well as a member of a group or team; being loyal to the group; doing one's share
- **Fairness**: treating all people the same according to notions of fairness and justice; not letting personal feelings bias decisions about others; giving everyone a fair chance
- **Leadership**: encouraging a group of which one is a member to get things done, and at the same time maintaining good relations within the group; organizing group activities and seeing that they happen

5. Temperance: strengths that protect against excess

- **Forgiveness and Mercy**: forgiving those who have done wrong; accepting the shortcomings of others; giving people a second chance; not being vengeful
- **Modesty and Humility**: letting one's accomplishments speak for themselves; not regarding oneself as more special than one is
- **Prudence**: being careful about one's choices; not taking undue risks; not saying or doing things that might later be regretted
- **Self-Regulation** [self-control]: regulating what one feels and does; being disciplined; controlling one's appetites and emotions

6. Transcendence: strengths that forge connections to the larger universe and provide meaning

- **Appreciation of Beauty and Excellence** [awe, wonder, elevation]: noticing and appreciating beauty, excellence, and/or skilled performance in various domains of life, from nature to art to mathematics to science to everyday experience
- **Gratitude**: being aware of and thankful for the good things that happen; taking time to express thanks
- **Hope** [optimism, future-mindedness, future orientation]: expecting the best in the future and working to achieve it; believing that a good future is something that can be brought about
- **Humour** [playfulness]: liking to laugh and tease; bringing smiles to other people; seeing the light side; making (not necessarily telling) jokes
- **Religiousness and Spirituality** [faith, purpose]: having coherent beliefs about the higher purpose and meaning of the universe; knowing where one fits within the larger scheme; having beliefs about the meaning of life that shape conduct and provide comfort

TABLE 3
 Examples of Methods of Positive Psychology Psychotherapy and Their Current, or Potential, Application in Neuropsychological Rehabilitation

PPT interventions	Potential relevance and application in neuropsychological rehabilitation
Identifying character strengths — identify and adopt specific actions that utilise character strengths.	Linked to work on developing awareness of changes arising from brain injury. Provides a framework for thinking about how to develop rehabilitation goals that are consistent with character strengths, but also take impairments into account.
Blessings (three good things) journal — record three good things (big or small) that happened during each day.	Directs attention to positive aspects of life after brain injury. For those with cognitive impairment this may support updating of positive self-evaluation. Support may be needed for remembering daily events.
Forgiveness letter — clients write a forgiveness letter describing transgression, related emotions and pledge to forgive transgressor (if appropriate) but may not deliver the letter.	May be useful to address guilt or anger towards cause of injury, or the injury itself.
Letter of gratitude — clients write and present a letter of gratitude to someone they have never properly thanked.	Could help to focus attention on most important things to the individual. For some, this reflects a change of emphasis of what is important towards family, friends and relationships.
Satisficing instead of maximising — an emphasis on the positive benefit of aiming for ‘good enough’ rather than maximum possible pleasure.	Such emphasis might support the balance between striving to recover and return to pre-injury state with acceptance of limitations and current situation. Focus on benefits of adjustment of life goals.
Developing hope and optimism — clients are asked to consider that when one door closes, another one almost always opens.	Support the client to examine the possibility that while some aspects of an anticipated future may have been lost, new opportunities will arise.
‘Savouring’ — being aware of pleasurable activities and deliberately attempting to make them last.	Use of attention control strategies to support the client with brain injury to be able to fully attend to positive experiences.
‘Gift of time’ — doing something that requires a fair amount of time, using character strengths.	Use of voluntary work opportunities within rehabilitation program, though there is a need to strike the right balance between volunteering in order to develop personal skills as part of rehabilitation and volunteering for the benefit of others.

Positive Psychology and Brain Injury Rehabilitation

Jonathan J. Evans
Institute for Health and Wellbeing, College of Medical, Veterinary and Life Sciences, University of Glasgow, United Kingdom

Positive psychology (PP) is the scientific study of positive emotion and wellbeing. In recent years, there has been a shift in the focus of PP from understanding the factors that contribute to wellbeing to developing and evaluating interventions to improve wellbeing. This article addresses the question of whether the principles and practice of PP are relevant to brain injury rehabilitation. It is concluded that PP is indeed relevant to brain injury rehabilitation; that much of our current (best) practice is consistent with the principles of PP, but there remain areas where brain injury rehabilitation practice could draw further on the specific methods of PP.

1.Sagesse et connaissance :

1. Créativité : Capacité à penser de manière originale et à produire des idées nouvelles et utiles.
2. Curiosité : Désir de connaître, d'explorer et de découvrir de nouvelles choses.
3. Ouverture d'esprit : Volonté de considérer de nouvelles idées, perspectives et expériences.

2.Courage :

1. Courage : Capacité à agir malgré la peur, à persévérer face à l'adversité.
2. Persévérance : Capacité à persister dans ses efforts malgré les obstacles.
3. Intégrité : Capacité à être honnête et à agir de manière cohérente avec ses valeurs morales.

3.Humanité :

1. Bienveillance : Tendance à être compatissant, attentionné et généreux envers les autres.
2. Amour : Attachement profond et sincère envers les autres, incluant la famille, les amis et la communauté.
3. Social Intelligence : Capacité à comprendre et à naviguer efficacement dans les interactions sociales.

4.Justice :

1. Citoyenneté : Engagement envers la communauté, le respect des règles et la volonté de contribuer à un monde meilleur.
2. Sens de la justice : Capacité à percevoir et à promouvoir l'équité et la justice dans les relations humaines.

5.Tempérance :

1. Maîtrise de soi : Capacité à réguler ses émotions, ses impulsions et ses comportements.
2. Prudence : Capacité à réfléchir soigneusement avant d'agir, à prendre des décisions responsables.
3. Humilité : Capacité à reconnaître ses forces et ses faiblesses de manière réaliste, sans arrogance ni fausse modestie.

6.Transcendance :

1. Appréciation de la beauté et de l'excellence : Capacité à trouver de l'inspiration et du plaisir dans les expériences esthétiques et créatives.
2. Gratitude : Reconnaissance et appréciation des bénédictions de la vie, des autres et du monde qui nous entoure.
3. Espoir : Attente positive concernant l'avenir, même en période de difficulté.
4. Spiritualité : Recherche de sens et de connexion avec quelque chose de plus grand que soi-même

La Validation

Qu'est-ce que la validation ?

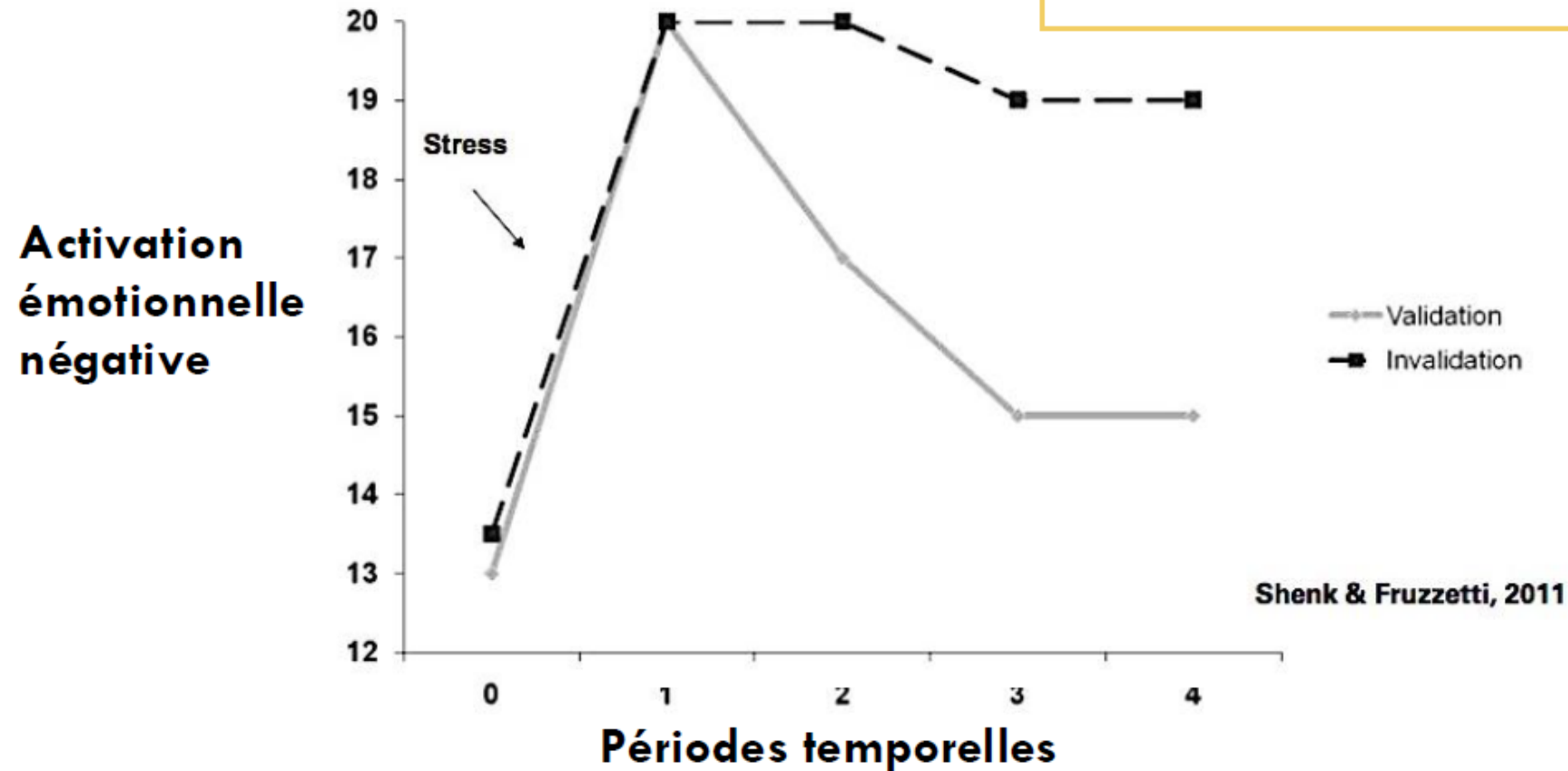
- Outil thérapeutique
- Compétence sociale
- Outil de communication
- Outil de régulation émotionnelle



→ Communiquer à quelqu'un que sa réponse à un événement fait sens et qu'elle est compréhensible

L'effet miraculeux (et prouvé) de la validation

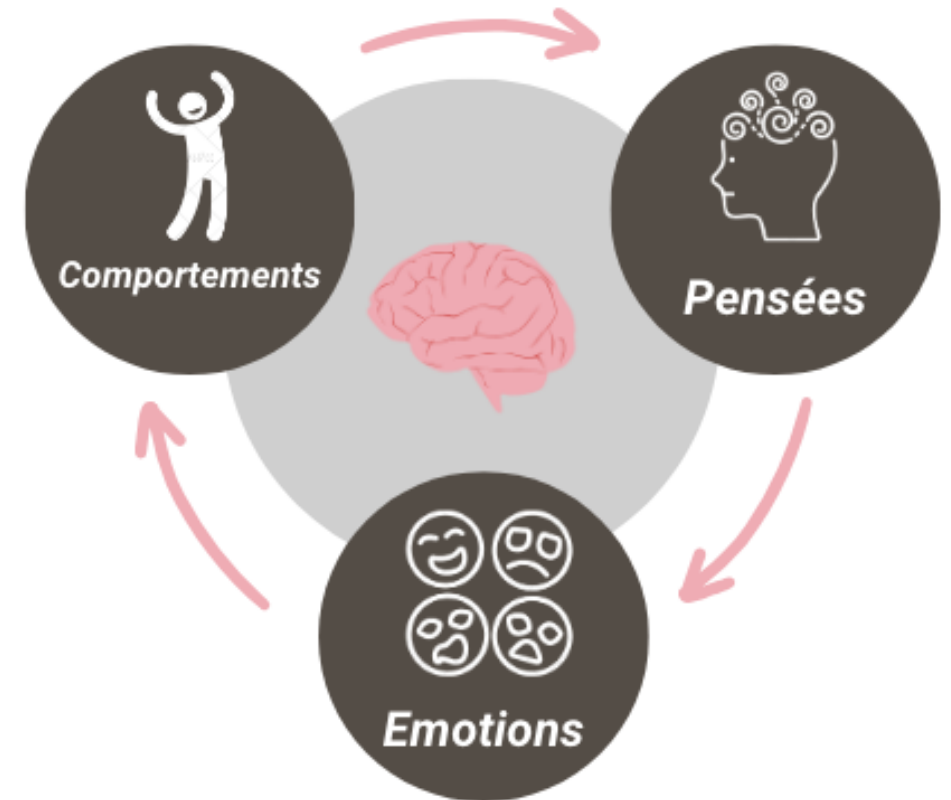
Réponses face à de la VALIDATION
vs. Réponses face à de l'INVALIDATION



Quoi valider ?

- Un comportement ou une urgence à agir
- Une émotion
- Une pensée
- Les faits, la souffrance, les difficultés

**ATTENTION : VALIDER SEULEMENT CE
QUI EST VALIDE**



Valider quelqu'un ce n'est pas:

- L'approbation
- Rassurer
- Encourager
- Donner un conseil
- Résoudre un problème pour l'autre...

MAIS :

lui communiquer que ce qu'il vit est valable

LES NIVEAUX DE VALIDATION

- I. **Prêter attention** : Ecoutez, observez et montrez-vous intéressé sur le plan verbal et non-verbal.
- II. **Reformuler/refléter** : Reformulez ce que l'autre vous dit afin d'être certain que vous comprenez réellement ce qu'il dit. Pas de jugement ! Utilisez un ton permettant à l'autre de vous corriger !
- III. **Nommer le non-dit (Emotions, Pensées, Comportements)**: Faites attention aux expressions faciales, au langage corporel et au comportement de l'autre pour deviner ce qu'il pourrait ressentir et le nommer. Montrez que vous comprenez à travers vos paroles ou vos actions. Soyez ouvert aux corrections.
- IV. **Comprendre à la lumière de l'histoire de la personne** : Examinez comment la personne se sent ou pense et comment cela fait sens compte tenu de son histoire/ses expériences passées/particularités biologiques.
- V. **Comprendre à la lumière de ce qui est vrai pour la plupart des personnes** : Montrez que vous considérez les pensées, sentiments ou actions de la personne comme valides, normaux et ayant du sens compte tenu des circonstances.
- VI. **Se montrer radicalement authentique et juste** : Traitez l'autre comme un égal, ni fragile, ni incompetent. En le traitant ainsi, vous exprimez à la fois votre soutien et votre conviction qu'il a la capacité de résoudre ses propres problèmes.

Quelques applications

Outil de régulation émotionnelle



Coacher les familles à valider et se valider

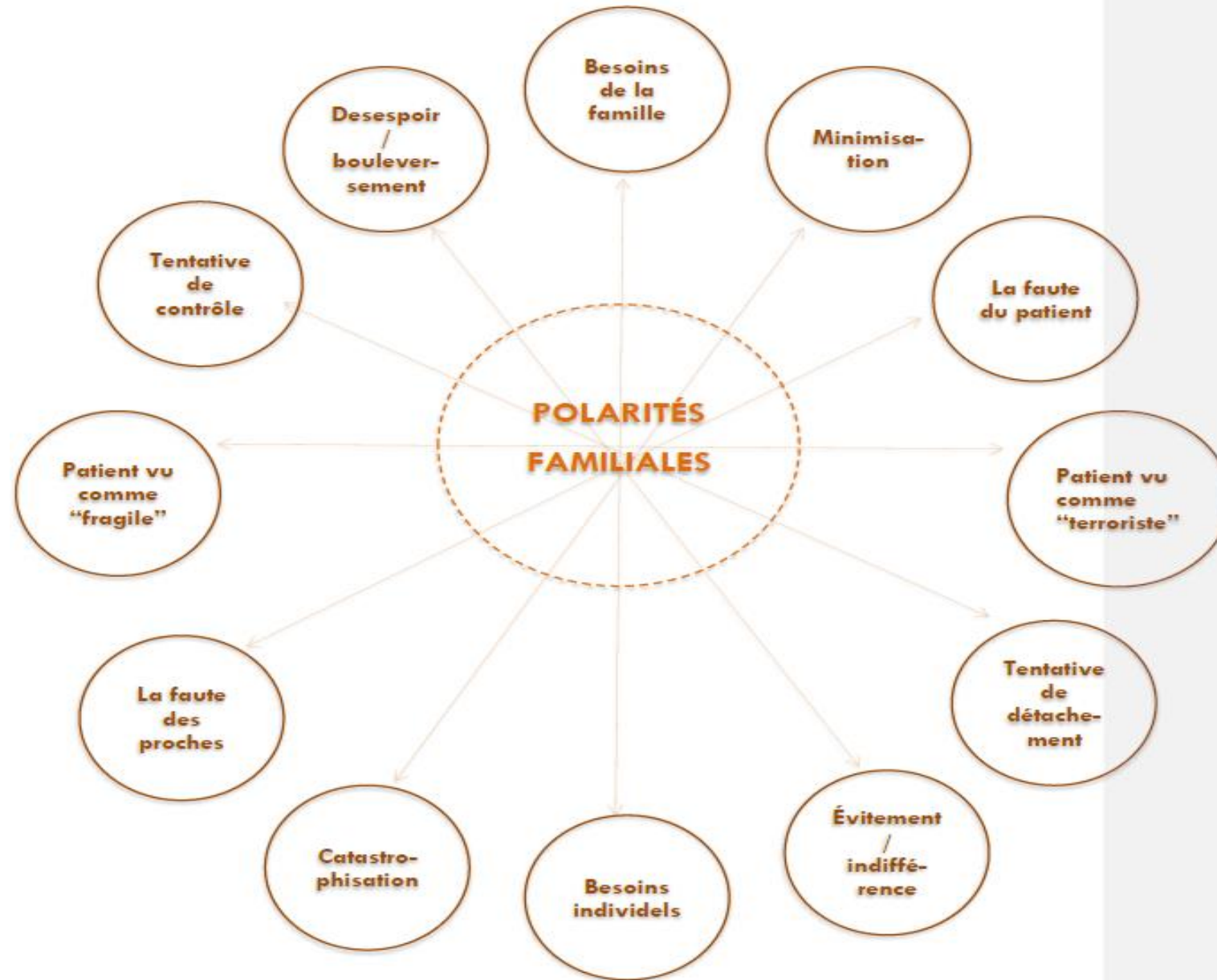


Auto-validation



ÉVITER LES POLARITÉS AU SEIN DE LA FAMILLE

Alan E. Fruzzetti, 2020.



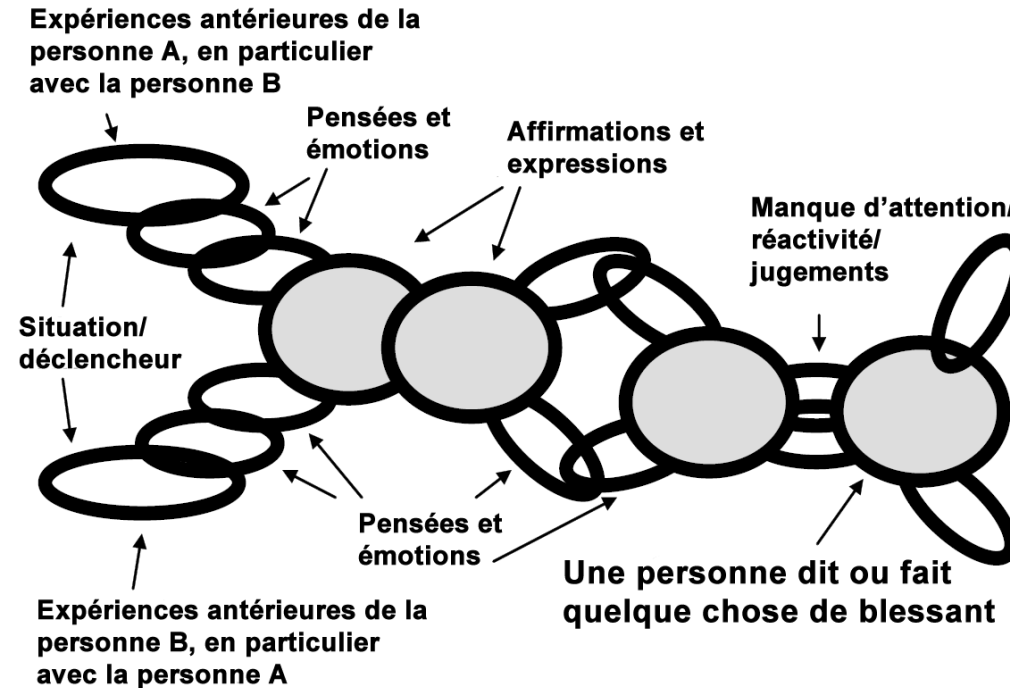
Le diagramme illustre le processus de médiation suivant :

- Haute vulnérabilité émotionnelle** (Facteur explicatif) agit directement sur **Activation émotionnelle plus intense** (Numéro 2).
- Evènement (relationnel)** agit sur **Jugements** (Numéro 1) et **Activation émotionnelle plus intense** (Numéro 1).
- Jugements** agit sur **Activation émotionnelle plus intense** (Numéro 3).
- Activation émotionnelle plus intense** agit sur **Expression inexacte** (Numéro 4) et **Comportements déréglés** (Numéro 5).
- Expression inexacte** agit sur **Comportements déréglés** (Numéro 5).
- Comportements déréglés** agit sur **Réponses invalides répétées** (Numéro 5).
- Réponses invalides répétées** agit sur **Haute vulnérabilité émotionnelle** (Numéro 5), créant un cycle de rétroaction.

Le processus global est décrit comme : **EMOI-TO Connexion émotionnelle compétente** (Lynch et al.).

En bas à droite, il est mentionné : **Expériences antérieures de la personne A, en particulier avec la personne B**.

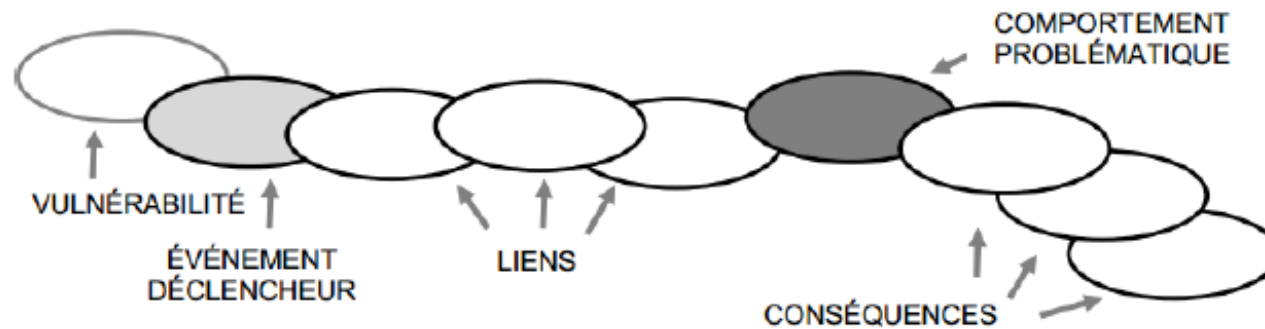
Merci à l'Association des familles « NEA-BPD »



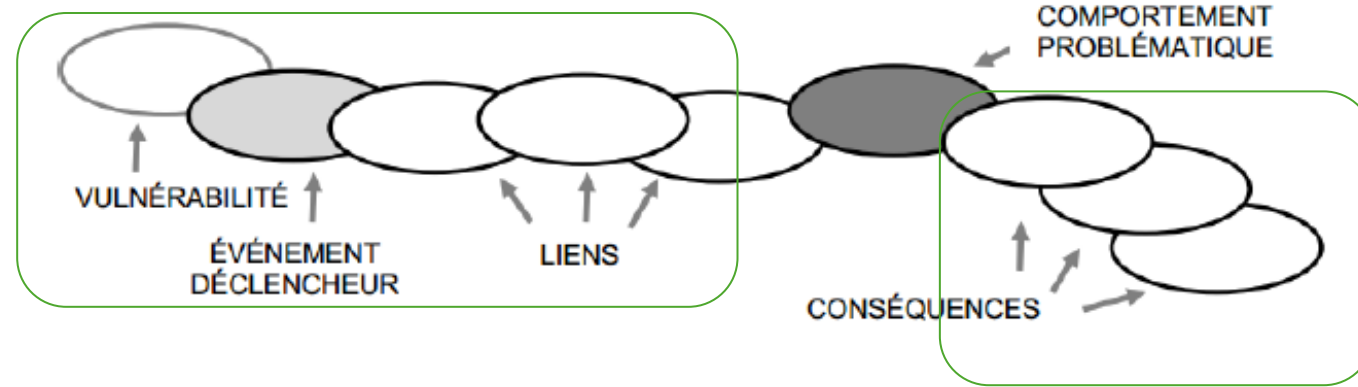
Et la validation dans nos équipes?



Analyse en chaîne (cf cas clinique)



L'analyse en chaîne



Qu'est-ce qu'une Analyse En Chaîne ?

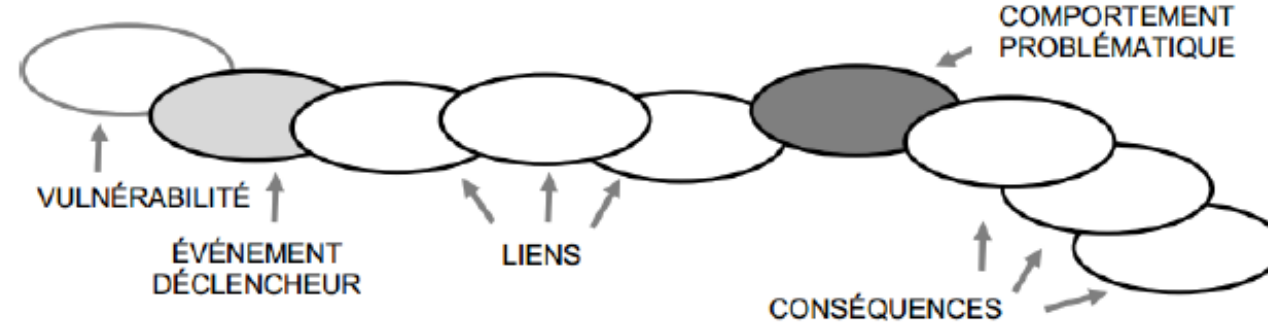


- **Résolution de problème** (« comportement problème »)
- **Travail collaboratif** entre thérapeute et patient
- Générer des **solutions de traitement** de ces comportements problèmes et éviter qu'ils soient reproduits



OBJECTIF = Adopter des comportements plus efficaces dans une situation similaire prochaine

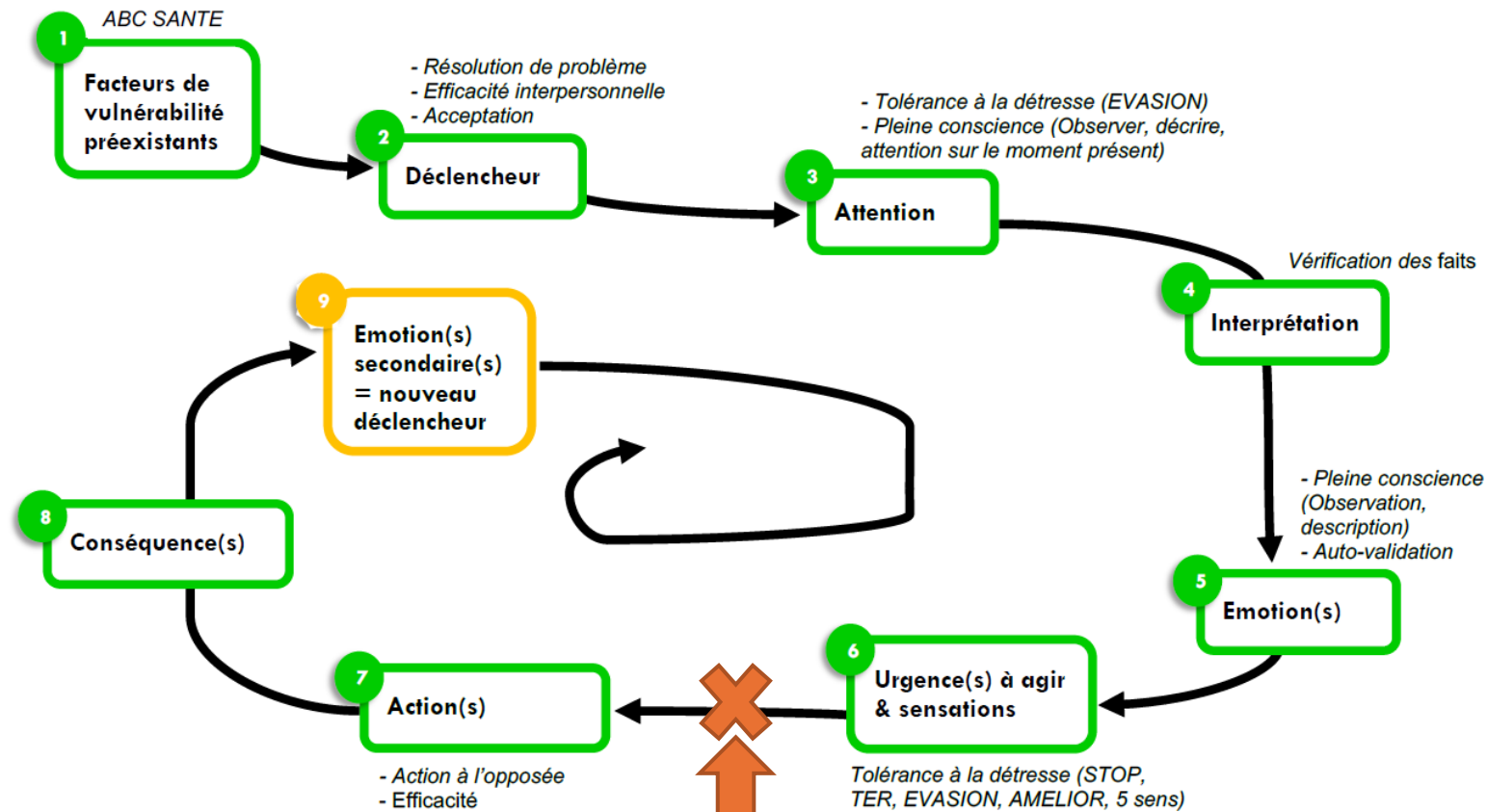
L'analyse en chaîne



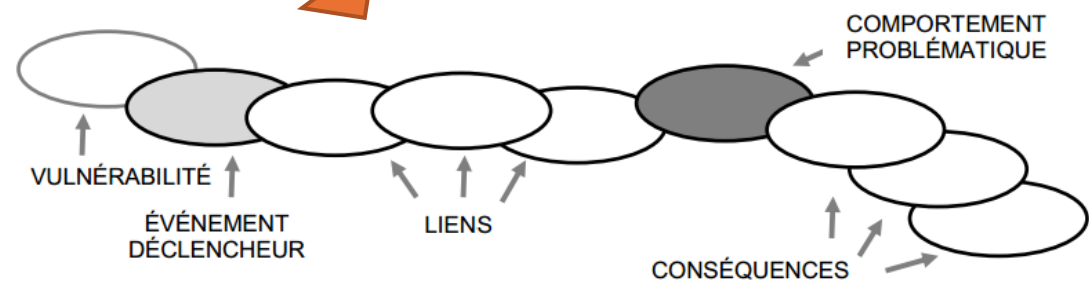
Important

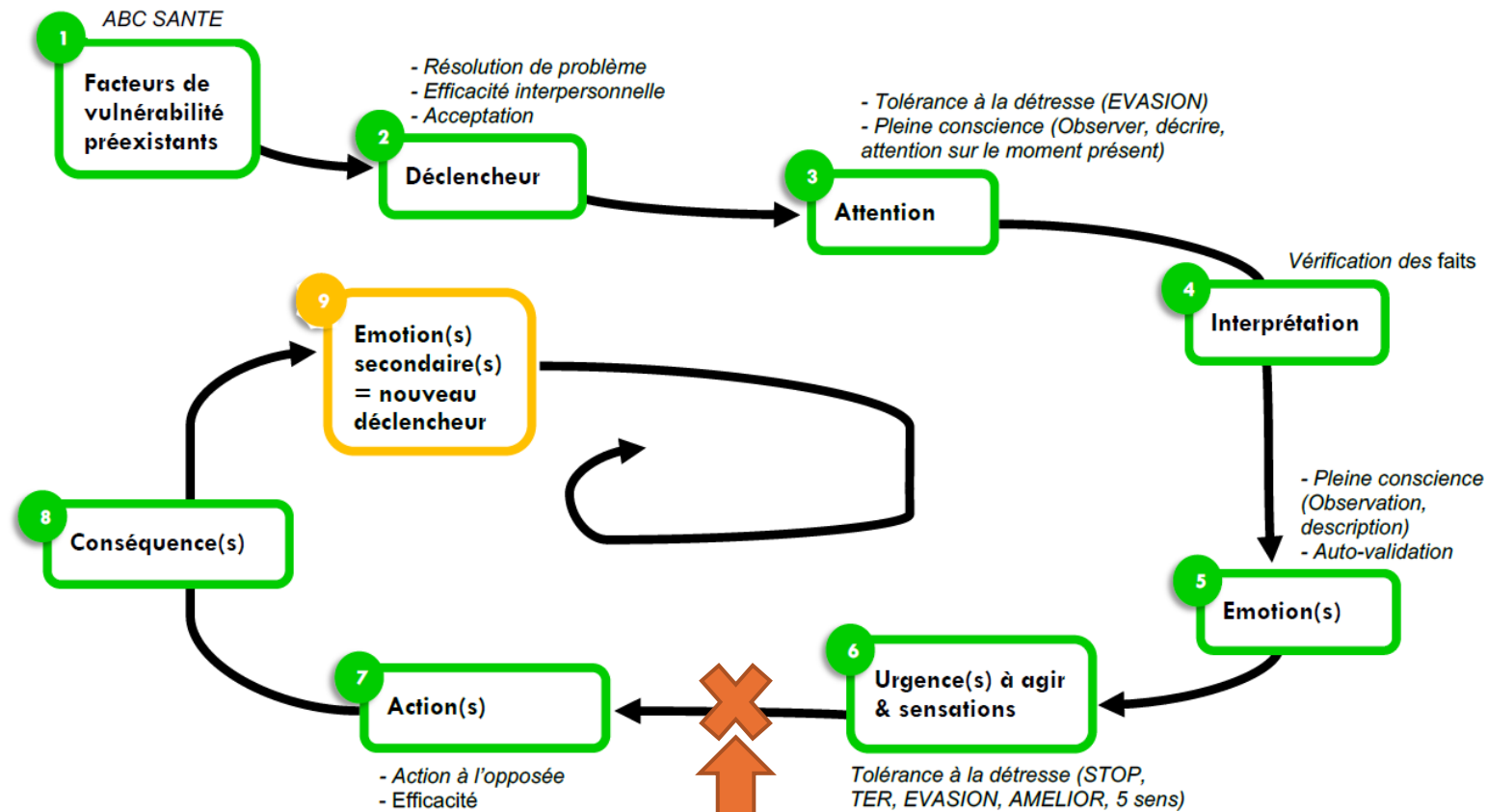


- Cibler un comportement problématique précis
- Description :
 - ✓ Précise
 - ✓ « Observable et mesurable »
 - ✓ Étapes par étapes

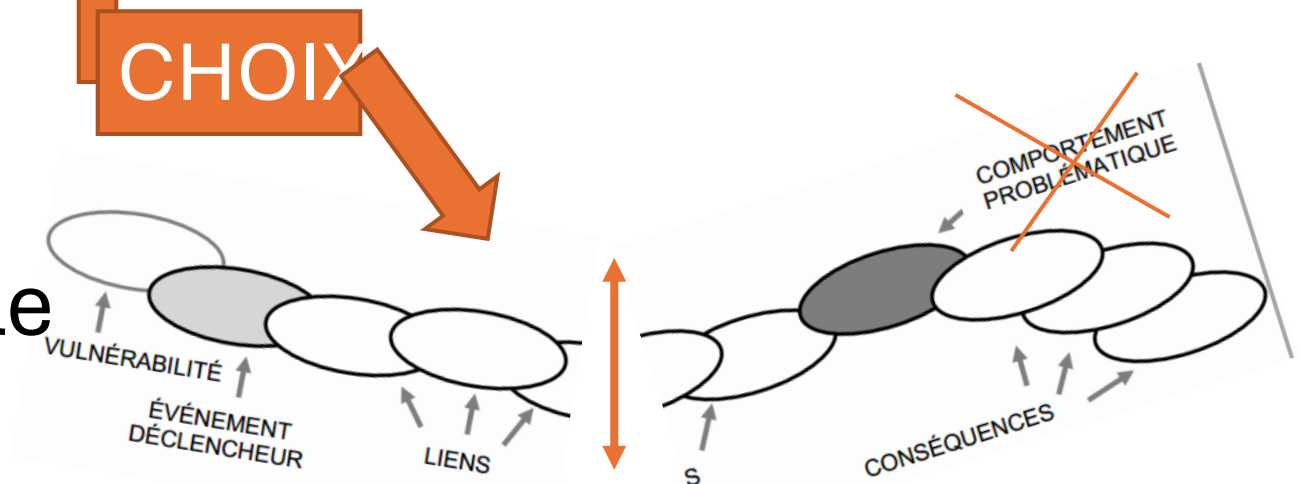


Modèle de la Thérapie Comportementale Dialectique

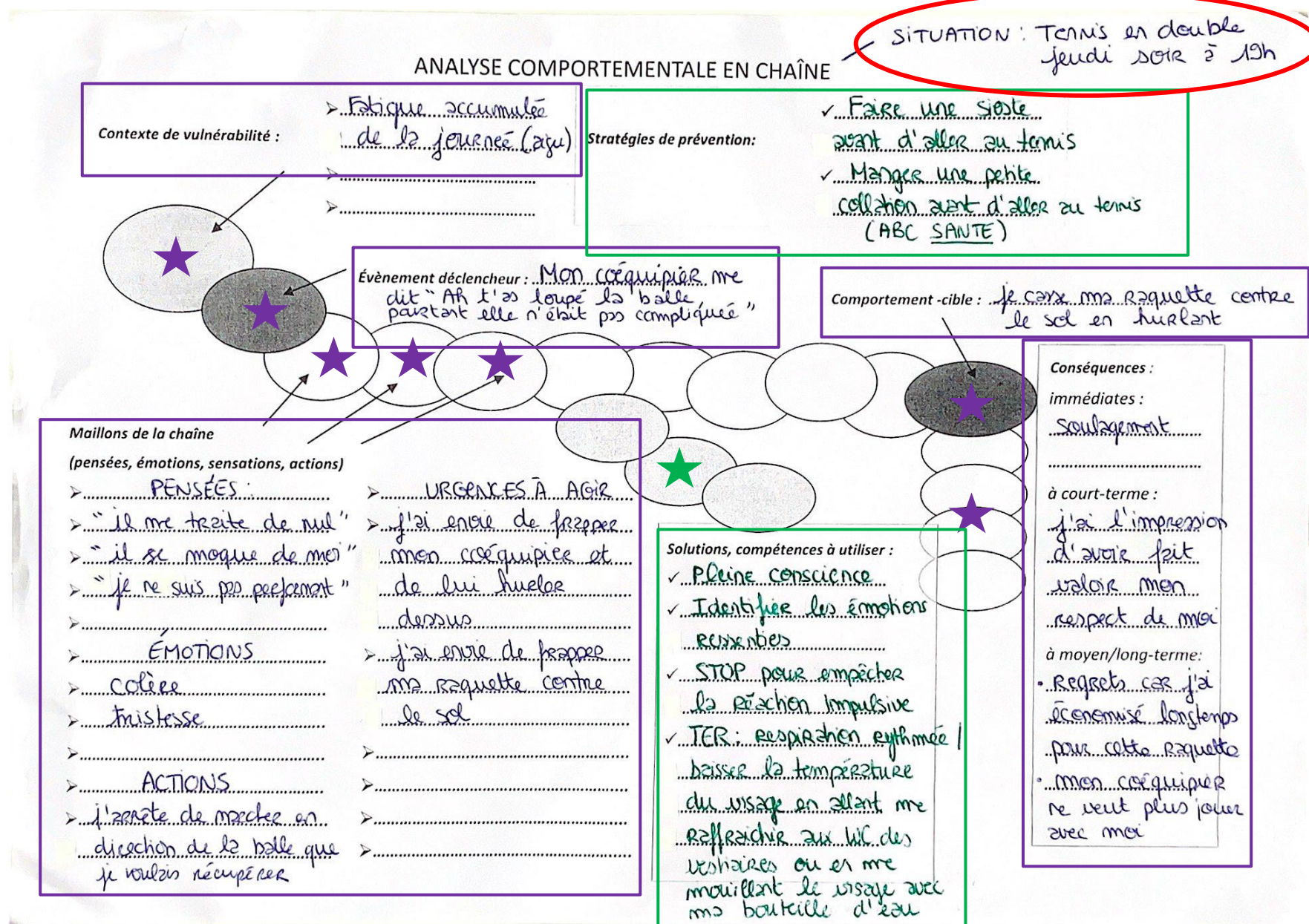




Modèle de la Thérapie Comportementale Dialectique



Analyse en chaîne – Exemple de « Pierre »



Applicable à quoi?

- Comportement que l'on veut arrêter (trouble du comportement...)
- Comportement d'évitement (rester coucher, ne pas aller en kiné...)
- Comportements récurrents
- Comportements qui empêchent d'entrer dans une thérapie
- ...



- **Comportements sur lesquels le patient désire/est d'accord de travailler**

Identification des émotions qui nous poussent à faire (ou pas faire) quelque chose -> objectif: regagner du choix sur son comportement.

Meilleure manière d'apprendre est de l'appliquer à soi 😊

Psychothérapie pour les personnes avec troubles phasiques et cognitifs sévère?

Un problème ENOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOORME
de manque d'accès à des interventions efficaces

Une place et une priorité pour la MPR?



E-Learning ▾

Consultation

Training ▾

Implementation

Certificate ▾

Resources ▾

Help

E-LEARNING LOGIN

HIPAA Compliant Certified Online Training-Learning

2-DAY INSTRUCTOR'S TRAINING: LEARN TO TEACH SKILLS TO PEOPLE OF ALL AGES AND ABILITIES – JUNE 26-27, 2024

Regulate emotions. Maximize potential.

The Emotion Regulation Skills System for Cognitively Challenged Clients

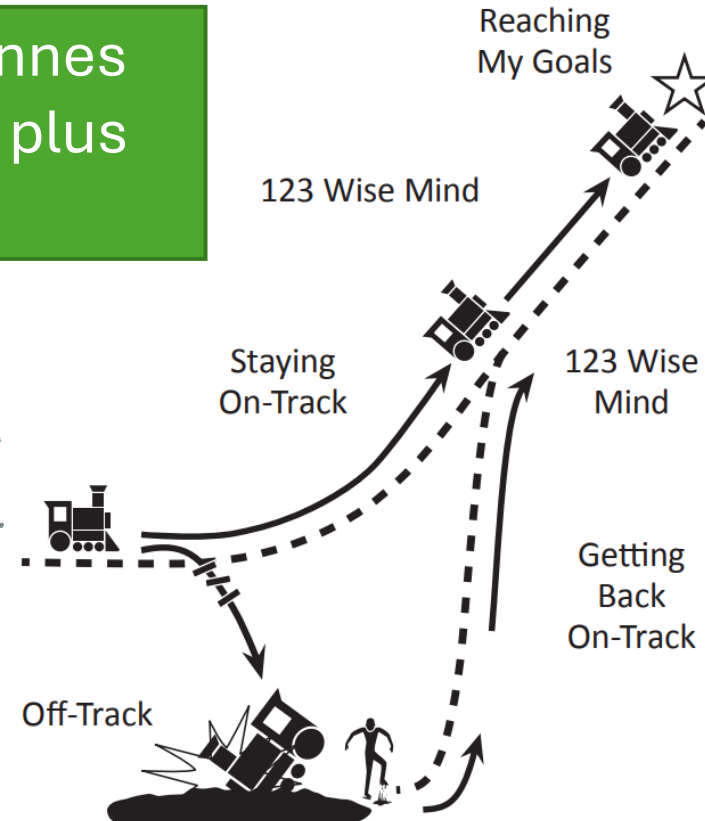
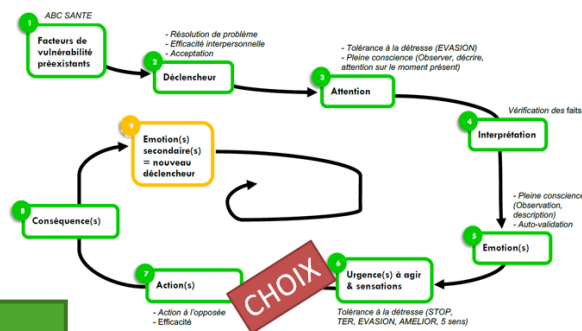
A DBT-Informed Approach



JULIE F. BROWN

Version TCD pour personnes avec handicap cognitifs plus sévère...

Timing?
Durée: plutôt 4 ans que 1 an...



1. Notice my breath



2. Check my surroundings



3. Body check



4. Label and rate my feelings



5. Notice my thoughts



6. Notice my urges



1. **Clear Picture:** Clear Pic and outside of me right



2. **On-Track Thinking:** On what I want and what



3. **On-Track Action:** Once Thinking, I take an On-toward my goals.



4. **Safety Plan:** I use a Saf happening right now on



5. **New-Me Activities:** I d attention, help me feel



6. **Problem Solving:** I t be happier and reac



7. **Expressing Myself:** I me stay on track wit



8. **Getting It Right:** Get what I want.



9. **RelationSHIP Care:** have on-track relatic

Skills List & Categories



1. Clear Picture



2. On-Track Thinking



3. On-Track Action



4. Safety Plan



5. New-Me Activities



6. Problem Solving



7. Expressing Myself



8. Getting It Right



9. RelationSHIP Care

All-The-Time Skills



Calm-Only Skills



Feelings Rating Scale

Level 5 =
Hurting Self, Other, or Property



5 Overwhelming

Level 4 =
Fuzzy Thinking;
Unable to Talk, Listen
& Have a 2-Way Street
Relationship



4 Strong Feeling



3 Medium Feeling



2 Small Feeling



1 Tiny Feeling



0 No Feeling

Levels 0-3 =
Clear Thinking;
Able to Talk, Listen &
Have a 2-Way Street
Relationship



Notice Urge



Urge

Not Help!



7. Expressing Myself

Calm-Only Skill
0 1 2 3
FEELINGS

Things that I may need to express:



Thoughts and Concerns about what is happening in my life



Needs I have that are important to share



Feelings about things I want others to know



Likes and Dislikes, so I have more control in my life



Hopes and Wishes, so I can reach my goals

Which way of expressing will work best?



Talk in Person



Video Chat



Phone Call



Text



Email



Letter



Social Media



Sign Language



Body Language



Art



Music



Dance

When should I Express Myself?

When it will help



At a Feelings Level



Remember: Expressing Myself increases feelings

After using skills 123



© Copyright 2022, Julie F. Brown SkillsSystem®



8. Getting It Right

Calm-Only Skill
0 1 2 3
FEELINGS

Getting It Right helps me get what I want

Right Mind
I make a Getting It Right plan
• Keep a Clear Picture
• Ask for one thing at a time



Right Tone
I am assertive vs. demanding or wimpy
• Step back to Safety Plan if I notice my Tone going Off-Track



Right Words: SEALS



Sugar - be nice



Explain the situation



Ask for what you want



Listen to the responses



Seal the deal

Right Person
Can give me what I want
• Example: Doctor = change my meds



Right Time & Place for the Right Person
• So the Right Person can focus on what I'm saying



© Copyright 2022, Julie F. Brown SkillsSystem®



1. Clear Picture

All-the-Time Skill



I Focus 100% on this Moment As It Is

**Notice my
Breath**



*Where do I feel my
breath?
What does it feel like?*

**Notice my
Surroundings**



*What is around me right now?
What do I see, hear, smell,
taste and touch?*

**Do a
Body Check**



*What body sensations
do I notice right now?*

**Label and Rate
Emotions**



*What feelings do
I notice right now?
How strong are they?
0-1-2-3-4-5*

**Notice my
Thoughts**



*What thoughts do I
notice going through
my mind right now?*

**Notice my
Urges**



*What do I feel like
doing right now?*



6. Problem Solving

Calm-Only Skill

0 1 2 3
FEELINGS

First, I get a Clear Picture of the problem

How Big is the problem?

Small Medium **LARGE**

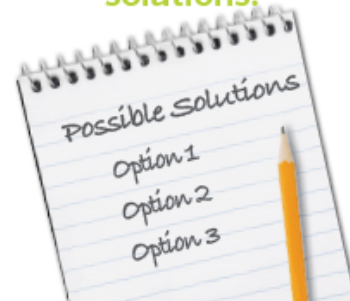
What do I need to fix?

Do I need help solving
this problem?

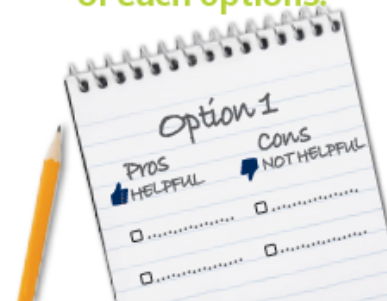


Next, I list and check all options

Brainstorm all possible
solutions.



Check the Pros and Cons
of each options.



Last, I make Plans A, B, + C

Plan A ★★★

The plan we think
will work best

Plan B ★★

- ▶ Back-up Plan
- ▶ Not favorite option but OK
- ▶ Still fits our values
- ▶ Compromises we can make

Plan C ★

- ▶ Fall-Back Position
- ▶ Helps us stay On-Track

Journal of Mental Health Research
in Intellectual Disabilities, 6:280–303, 2013
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 1931-5864 print/1931-5872 online
DOI: 10.1080/19315864.2012.700684



Treating Individuals With Intellectual Disabilities and Challenging Behaviors With Adapted Dialectical Behavior Therapy

JULIE F. BROWN

Justice Resource Institute-Integrated Clinical Services
Warwick, Rhode Island

MILTON Z. BROWN

Department of Psychology
Alliant International University

PAIGE DIBIASIO

Justice Resource Institute, Supports to Empower People (STEP)
Cranston, Rhode Island

Age	FSIQ	Challenging behaviors	Diagnoses
29	71	Aggression, self-injury, stealing, hospital, arrests	Dementia-head trauma, personality disorder, NOS
21	64	Aggression, stealing, hospital	Bipolar with psychotic features, anxiety disorder
29	63	Aggression, sexual offense, fire setting, substance abuse, stealing, hospital, arrests	Impulse control disorder, NOS; alcohol abuse, cannabis abuse
22	50	Aggression, sexual offense, stealing	Conduct disorder
22	56	Aggression, sexual offense, fire setting, hospital, arrests	Pervasive developmental disorder, conduct disorder, OCD
21	80	Self-injury, hospital	Schizoaffective disorder, ADHD
37	57	Aggression, fire setting	Intermittent explosive disorder
19	55	Aggression, fire setting, hospital, arrests	Impulse control disorder, NOS, PTSD, borderline personality disorder
21	95	Aggression, sexual offense, fire setting, stealing, hospital, arrests	Asperger's disorder, anxiety disorder
24	64	Aggression, fire setting, self-injury, hospital	Impulse control disorder, NOS, OCD
22	73	Aggression, self-injury, hospital	Pervasive developmental disorder, Asperger's disorder, intermittent explosive disorder
40	40	Aggression, sexual offense, fire setting, stealing, arrests	Intermittent explosive disorder
22	73	Aggression, sexual offense, stealing, hospital	Pervasive developmental disorder, OCD, pedophilia, oppositional defiant disorder
39	48	Aggression, sexual offense, stealing, arrests	Pedophilia, voyeurism, exhibitionism
37	77	Sexual offense, self-injury, hospital, arrests	Pedophilia
23	68	Aggression, substance abuse, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital, arrests	Psychotic disorder, NOS, polysubstance abuse
22	50	Aggression, sexual offense, self-injury, stealing	Conduct disorder, OCD, exhibitionism
27	60	Aggression, substance abuse, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital	OCD, ADHD, borderline personality disorder
26	56	Aggression, self-injury, stealing, hospital	PTSD, borderline personality disorder
21	60	Sexual offense	Pedophilia
28	46	Aggression, sexual offense	Intermittent explosive disorder, pedophilia
26	67	Aggression, self-injury, stealing, arrests	
54	50	Aggression, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital	Dysthymic disorder, borderline personality disorder

24	Female	28	55	Aggression, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital	Depression, anxiety disorder
25	Male	29	65	Aggression, fire setting, stealing, hospital	Anxiety, depression
26	Male	54	49	Sexual offense, self-injury, stealing, arrests	Anxiety, pedophilia
27	Male	39	56	Aggression, sexual offense, self-injury, hospital, arrests	Asperger's disorder, intermittent explosive disorder
28	Female	36	60	Aggression, substance abuse, self-injury, stealing, hospital	Bipolar disorder, borderline personality disorder, histrionic personality disorder
29	Male	46	54	Aggression, sexual offense, arrests	Depression, anxiety disorder
30	Male	22	59	Aggression, sexual offense, stealing	Schizoaffective disorder, oppositional defiant disorder, intermittent defiant disorder
31	Male	22	60	Aggression, substance abuse, stealing	ADHD, Asperger's disorder, intermittent explosive disorder, alcohol abuse
32	Male	20	61	Aggression, sexual offense, substance abuse, hospital, arrests	Conduct disorder, ADHD, sexual abuse of a child, dysthymic disorder
33	Female	52	60	Aggression, self-injury, suicide attempts, hospital	Major depression with psychotic features, borderline personality disorder
34	Male	23	63	Aggression, sexual offense	Impulse control disorder, NOS, PTSD, ADD
35	Male	34	60	Aggression, sexual offense, fire setting, substance abuse, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital, arrests	Impulse control disorder, NOS, sexual abuse of an adult, voyeurism
36	Male	35	85	Aggression, sexual offense, stealing	Depression, frontal lobe syndrome
37	Male	42	49	Aggression, sexual offense, stealing, hospital, arrests	Pedophilia, personality disorder, NOS
38	Male	44	49	Aggression, sexual offense, self-injury, stealing	Impulse control disorder, NOS, depression
39	Male	36	76	Aggression, sexual offense, fire setting, self-injury, suicide attempts, stealing, hospital, arrests	Pedophilia, paraphilia, NOS
40	Male	40	46	Sexual offense, stealing, arrests	Conduct disorder, NOS

Hospital = psychiatric hospitalization; NOS = not otherwise specified; OCD = obsessive compulsive disorder; PTSD = posttraumatic stress disorder; ADHD = attention-deficit/hyperactivity disorder.

TABLE 2 Lifetime History of Problem Behaviors and Outcomes ($N = 40$)

Behaviors	%
Suicide attempts	18
Fire setting	23
Self-injury	48
Stealing	65
Aggression	88
Outcomes	
Arrests	45
Psychiatric hospitalization	60

TABLE 3 Current Co-Occurring Psychiatric Disorders ($N = 40$)

Disorder	%
Oppositional defiant disorder	5
Psychotic disorder	8
Substance use disorder	10
Attention-deficit/hyperactivity disorder or attention deficit disorder	13
Conduct disorder	13
Intermittent explosive disorder	18
Impulse control disorder NOS	15
Borderline personality disorder	20
Mood disorder	25
Anxiety disorder	35
Sexual disorders (abuse of others)	38

Note. For diagnostic categories, the percentage refers to how many participants had at least one of the disorders. NOS = not otherwise specified.

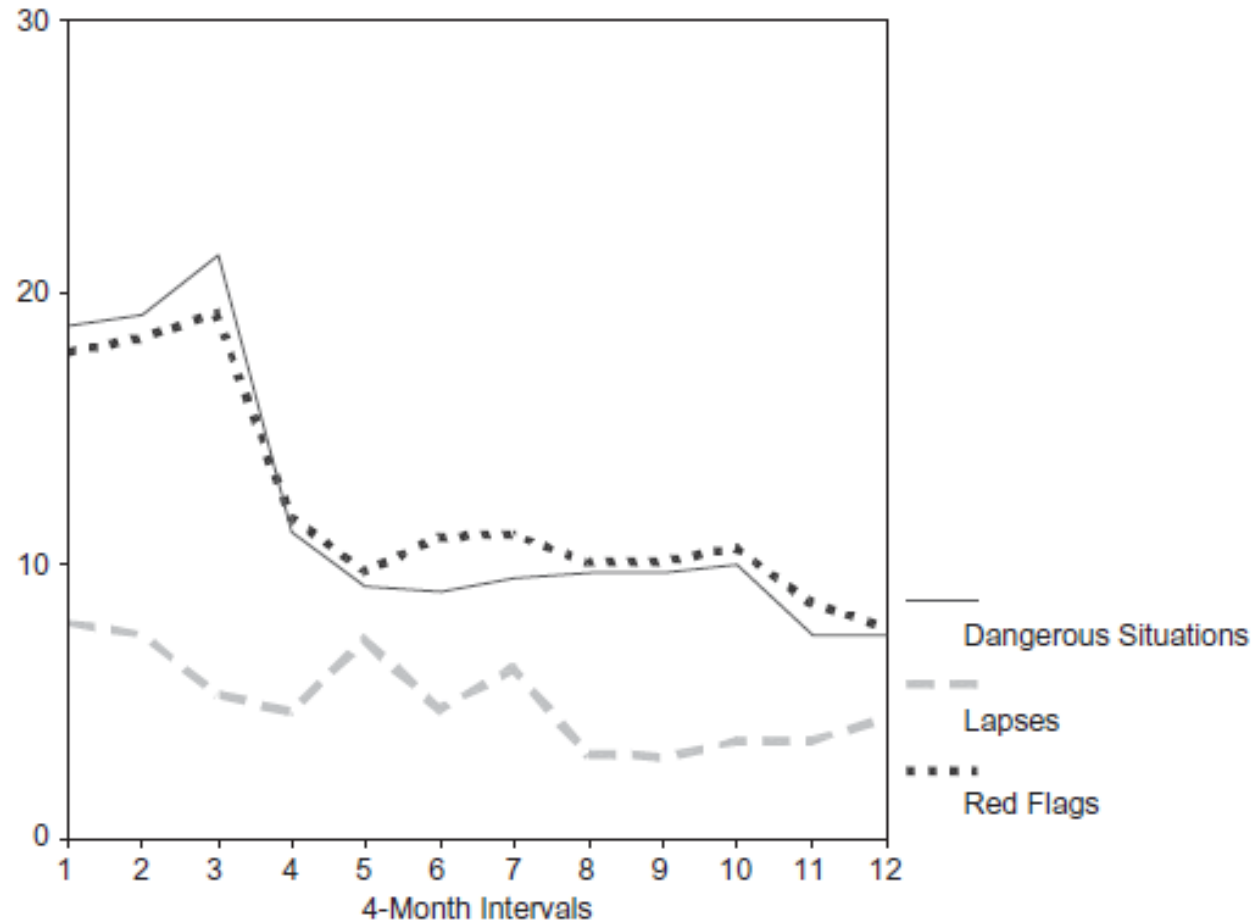


FIGURE 1 Mean number of Dangerous Situations, Red Flags, and Lapses within 4-month intervals across 4 years ($N = 26$). *Note.* This graph includes only the 26 participants with complete data for 4 years.

“Dangerous Situations” = ones that escalated beyond verbal outburst to include rough handling of objects, slamming doors, and verbal and/or physical threats of violence (e.g., moving closer to a potential victim).

“Red Flags” = low-grade behaviors, such as yelling or swearing, that could precede more serious behaviors.

“Lapses” = violent and illegal behaviors, such as aggression and self-injury.

Externalisation des pensées et Défusion

La théorie du « Multiple Mind » (Schwartz)/ Passagers du Bus (ACT)

- Notre esprit est composé de parts
- Nos pensées reflètent celles de nombreux passagers de bus
- **On n'a pas besoin de faire ce que les passagers nous demandent!!!!**



Externalisation des pensées et Défusion

- « Mes pensées sont assez contentes de cette réunion »
 - « Une partie de moi est en souffrance dans cette situation »
 - « Un de passagers de mon bus revendique de changer de cap à tout prix »
-
- Passagers du bus
 - Carte Magic/Pokemon
 - Marcher à l'opposé des pensées et INHIBITION

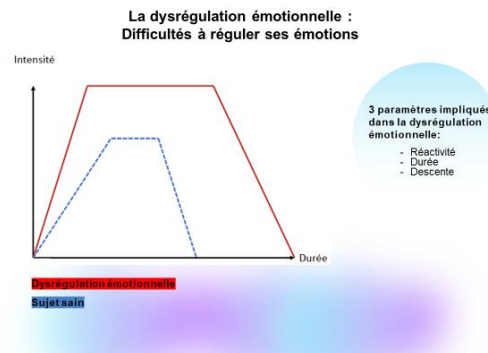
Implication pour les PAP et Projet rééducation

- Objectifs
- Valeurs
- Souhaits

Cas clinique:
sd dysexécutif et apathie



Jean-Marc, 47 ans,
TC date d'il y a 24 ans
« *je suis apathique* »



Auto-questionnaire DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale – brief version).

Des scores plus élevés reflètent davantage de dysrégulation émotionnelle. Les scores avec une *, correspondent à des scores au dessus du 5^{ème} percentile, en comparaison avec les scores de contrôles de sexe masculin et de haut niveau d'éducation.

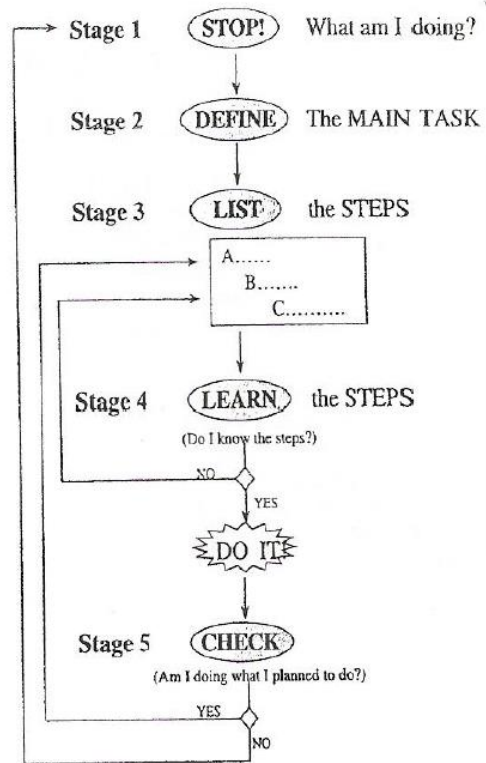
Non-acceptation de la réponse émotionnelle	11
Difficultés à adopter des comportements orientés vers des buts en présence d'émotions négatives	15*
Difficultés à contrôler les comportements impulsifs	8
Difficultés à accéder aux stratégies de régulation émotionnelle	17
Manque d'identification émotionnelle ou de clarté	5

Fonctions exécutives d'après Ylvisaker

1. prise de conscience de ses forces et de ses besoins
- 2. établissement d'objectifs réalistes et concrets**
3. planification des étapes pour atteindre ces objectifs
- 4. auto-initiation de ces plans**
5. autosurveillance et évaluation de ses performances par rapport à l'objectif à atteindre et au plan établi pour y arriver
- 6. auto-inhibition de comportement non pertinents pour les objectifs fixés**
7. flexibilité et résolution de problèmes quand un plan ne se passe pas comme prévu
8. comportement stratégique c'est à dire capacités à transférer les comportements efficaces à d'autres situations.

Ce dont Jean-Marc avait déjà bénéficié

Goal Management Training





Can an external device create and trigger intention in a patient with a severe brain injury?

Victorine Zermatten, Lucien Rochat, Rumen Manolov & Martial Van der Linden

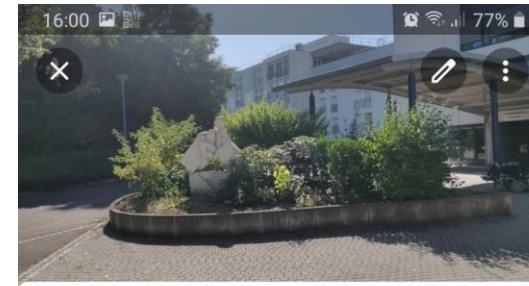
Compensation par Smartphone

Neuropsychological Rehabilitation, 2014
<http://dx.doi.org/10.1080/09602011.2014.956764>



Google Calendar: A single case experimental design study of a man with severe memory problems

Victoria N. Baldwin and Theresa Powell
School of Psychology, University of Birmingham, Birmingham, UK



RDV Ueros Mulhouse

Mercredi 31 mars

Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM)
7 Boulevard des Nations, 68093 Mulhouse, France

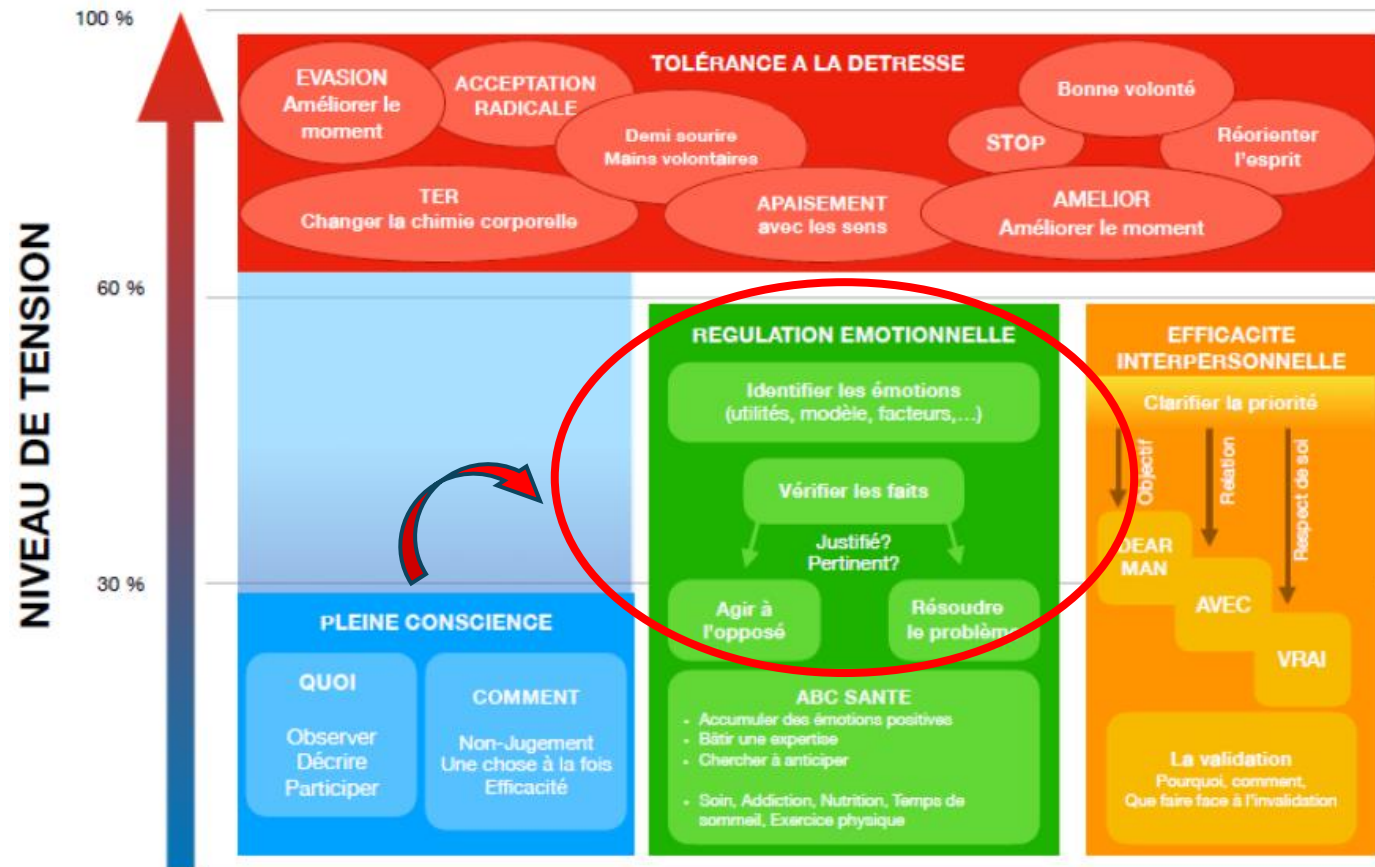
Le jour même à 8:00
Le jour même à 6:44
La veille à 9:00
1 semaine avant à 9:00

Il s'agit du rendez-vous pour le bilan de compétences de 3 mois. C'est une journée où vous allez rencontrer les professionnels pour pouvoir ensuite être aidé par l'UEROS pour retravailler.

...Et bien d'autres choses

- Soutien psychologique
- Traitement médicamenteux
- Motivation par SMS
- Essai de TCC classique
- ...

...Et finalement TCD...



FICHE D'AUTO OBSERVATION QUOTIDIENNE

Nom :

Les comportements correspondent à ce que vous avez **fait**. Les émotions correspondent à ce que vous avez **ressenti** au cours de la journée.
Remarque : Les consignes en *italique* sont facultatives.
S'il y a eu des changements marquants au cours de la semaine, vous pouvez les inscrire au dos de la fiche.

Jour de la semaine	Émotions		Comportements			Utilisation des compétences *	Facultatif Événement(s) spécifique(s) de la journée
	Déresse émotionnelle	Préciser les émotions observées	Consommation d'alcool	Agressivité Impulsivité verbale	Stratégie essayée		
Entourer le jour de début	De 0 à 100 : 0 = absente, 100 = très intense		NON ou OUI + quantité			0 – 7 *	
VEN							
SAM							
DIM							
LUN							
MAR							
MER							
JEU							

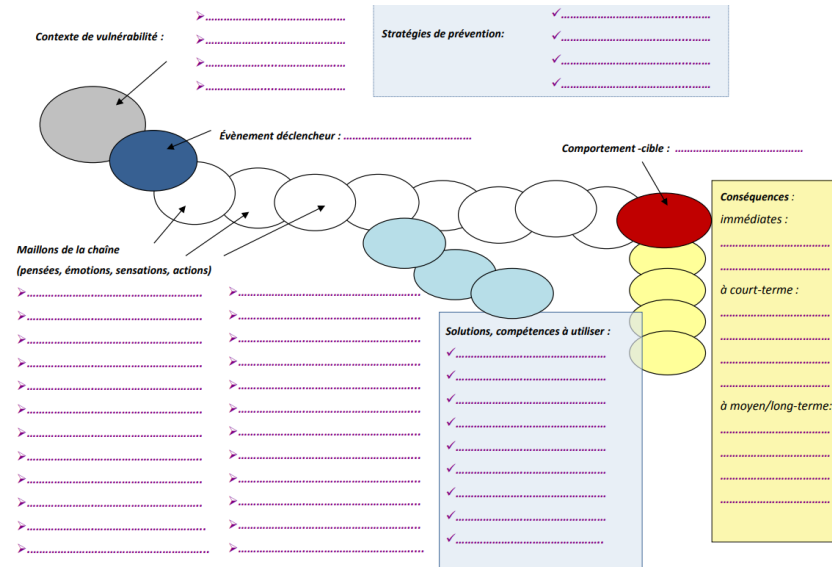
NB : Vocabulaire utilisé sur cette fiche

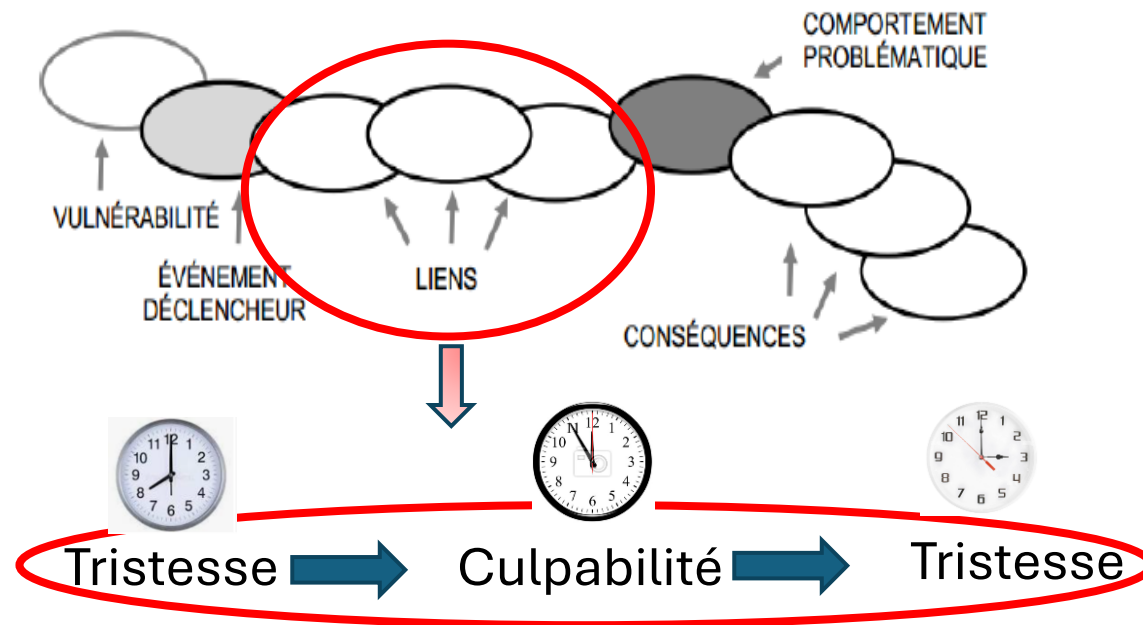
Agressivité verbale : sous l'effet de l'alcool ou suite à plusieurs échecs sans s'être énervé avant

!!! **PENSEZ à compléter la fiche chaque jour** !!! Stratégie décidée pour penser à la remplir :

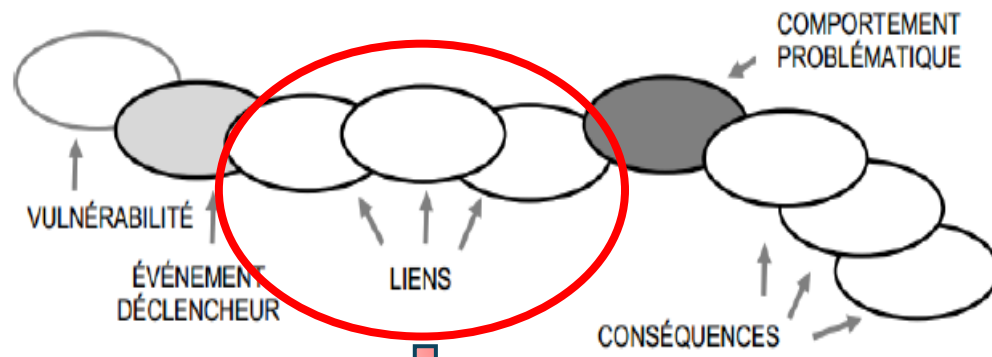
*** compétences utilisées (notice) :**

0: Pas pensé et pas utilisé
1: Pensé, pas utilisé, pas voulu
2: Pensé, pas utilisé, aurait voulu
3: Essayé, mais n'ai pas pu
4: Essayé, mais n'ont pas aidé
5: Essayé, utilisé, ont aidé
6: Fait automatiquement, n'ont pas aidé
7: Fait automatiquement, ont aidé





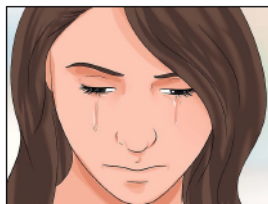
Quelles compétences TCD pourrait-il



Identifier



LA TRISTESSE



Mots pour la tristesse

Tristesse	Déception	Peine	Abandon	Déconnecté
Blessure	Dépression	Mélancolie	Malheur	Déplaisir
Souffrance	Morosité	Pessimisme	Solitude	Consternation
Insécurité	Accablement	Rejet	Être bouleversé	Isolement
Chagrin	Mécontentement	Être anéanti	Douleur	Perte d'envie
Insatisfaction	Désespoir	Nostalgie	Échec	Abattement

Exemples d'événements déclencheurs de la tristesse

- Perdre quelque chose ou quelqu'un irrémédiablement.
- Les choses ne correspondent pas à ce que vous vouliez ou à ce que vous attendiez (ex : échec).
- Être séparé d'une personne à laquelle vous tenez.
- Ne pas obtenir une chose pour laquelle vous avez œuvré.
- Être rejeté, désapprouvé ou exclu.
- Se sentir impuissant ou désarmé.
- Être avec une personne triste ou qui souffre.
- Lire ou entendre parler des problèmes d'autres personnes, des soucis dans le monde.
- Être seul, se sentir isolé.
- Penser à tout ce que vous n'avez pas eu.
- Penser à vos pertes.
- Autres :

Exemples d'interprétations d'événements déclencheurs de la tristesse

- Croire que la situation est sans issue.
- Croire que l'on ne vaut rien ou que l'on n'est pas important.
- Croire qu'on ne peut plus avancer suite à une perte.
- Croire que l'on n'obtiendra jamais ce qu'on veut ou ce dont on a besoin.
- Autres :

Exemples de changements biologiques et expériences de la tristesse

- Se sentir fatigué, vanné ou en manque d'énergie.
- Se sentir léthargique, apathique ; vouloir rester au lit toute la journée.
- Avoir le sentiment que plus rien n'est agréable.
- Douleur ou creux dans la poitrine ou le ventre.
- Se sentir vide.
- Avoir le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de pleurer, ou que si l'on commence on ne pourra plus s'arrêter.
- Difficulté à avaler.
- Etourdissement.
- Autre :

Exemples d'expressions et actions de la tristesse

- Éviter des choses.
- Avoir une attitude impuissante ; rester dans son lit, être inactif.
- Être dans l'apathie, broyer du noir, avoir une attitude maussade.
- Mouvements lents et trainants.

Exemples d'événements déclencheurs de la tristesse

- Perdre quelque chose ou quelqu'un irrémédiablement.
- Les choses ne correspondent pas à ce que vous vouliez ou à ce que vous attendiez (ex : échec).
- Être séparé d'une personne à laquelle vous tenez.
- Ne pas obtenir une chose pour laquelle vous avez œuvré.
- Être rejeté, désapprouvé ou exclu.
- Se sentir impuissant ou désarmé.
- Être avec une personne triste ou qui souffre.
- Lire ou entendre parler des problèmes d'autres personnes, des soucis dans le monde.
- Être seul, se sentir isolé.
- Penser à tout ce que vous n'avez pas eu.
- Penser à vos pertes.
- Autres :

Exemples d'interprétations d'événements déclencheurs de la tristesse

- Croire que la situation est sans issue.
- Croire que l'on ne vaut rien ou que l'on n'est pas important.
- Croire qu'on ne peut plus avancer suite à une perte.
- Croire que l'on n'obtiendra jamais ce qu'on veut ou ce dont on a besoin.
- Autres :

Exemples de changements biologiques et expériences de la tristesse

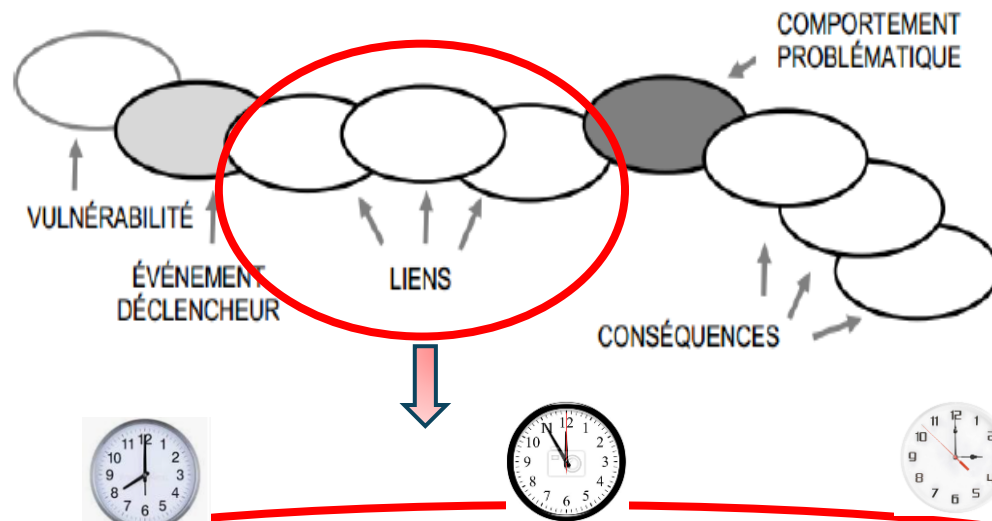
- Se sentir fatigué, vanné ou en manque d'énergie.
- Se sentir léthargique, apathique ; vouloir rester au lit toute la journée.
- Avoir le sentiment que plus rien n'est agréable.
- Douleur ou creux dans la poitrine ou le ventre.
- Se sentir vide.
- Avoir le sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de pleurer, ou que si l'on commence on ne pourra plus s'arrêter.
- Difficulté à avaler.
- Etourdissement.
- Autre :

Exemples d'expressions et actions de la tristesse

- Éviter des choses.
- Avoir une attitude impuissante ; rester dans son lit, être inactif.
- Être dans l'apathie, broyer du noir, avoir une attitude maussade.
- Mouvements lents et trainants.
- Retrait des contacts sociaux, isolement.
- Évitement des activités qui habituellement amenaient du plaisir.
- Dire des choses tristes.
- Baisser les bras et ne plus essayer de s'améliorer.
- Parler peu, voire pas du tout.
- Utiliser une voix calme, lente ou monotone.
- Regard tombant.
- Se renfrogner, ne pas sourire.
- Affaissement de la posture.
- Sanglots, pleurs, gémissements.
- Autre :

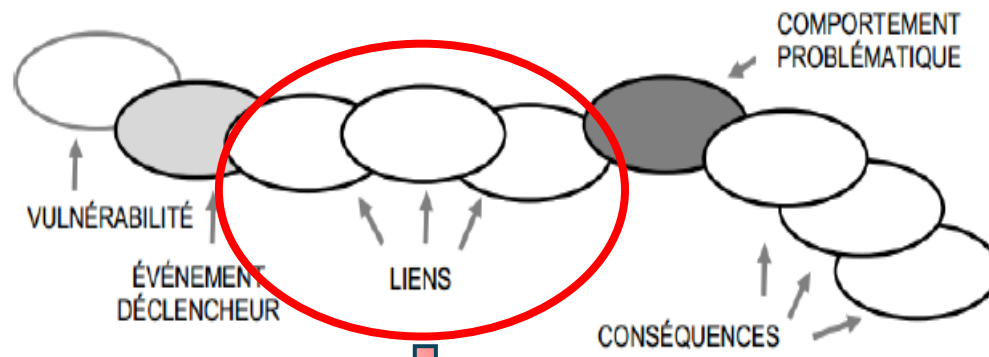
Exemples de répercussions de la tristesse

- Ne pas être capable de se rappeler des choses heureuses.
- Se sentir irritable, sensible, grognon.
- Se languir et rechercher la chose que l'on a perdue.
- Avoir une attitude négative.
- Se blâmer, se critiquer.
- Ruminer sur des événements passés tristes.
- Insomnie.
- Troubles de l'appétit, troubles digestifs.
- Autre :



Identifier

Tristesse



Identifier



Tristesse

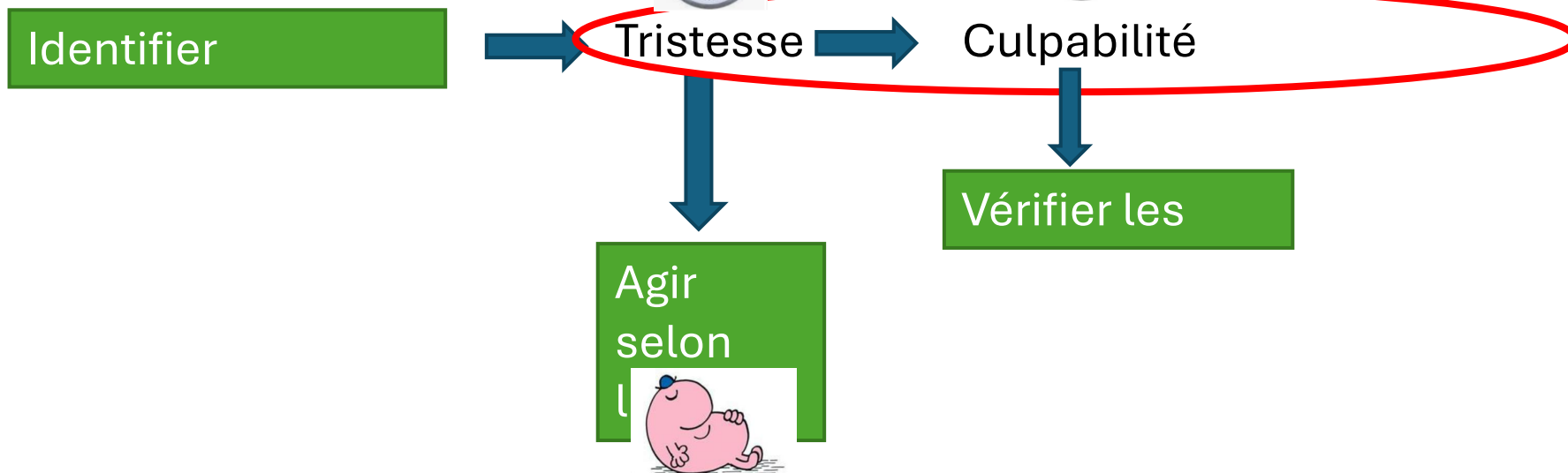
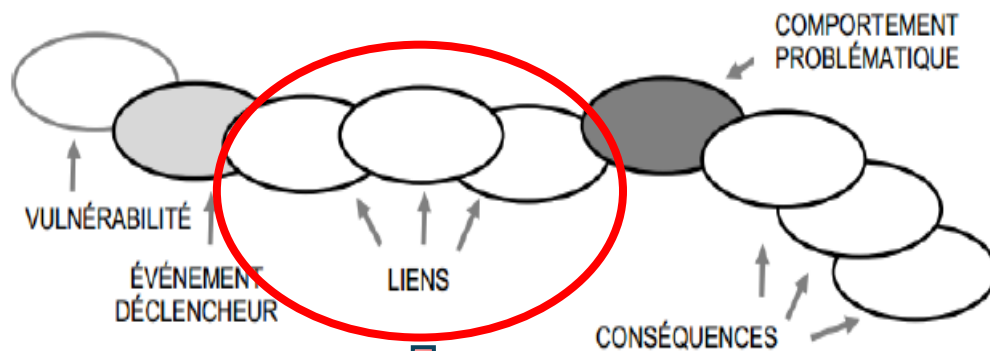


Culpabilité



Agir
selon
l'émotio





Vérifier les faits

La vérification des faits vise :

(1) à évaluer quelle partie de l'intensité de l'émotion pourrait être diminuée par la vérification des faits elle-même

(2) à déterminer comment réguler cette émotion

Bien souvent les émotions correspondent au moins en partie aux faits



C'est souvent l'intensité de l'émotion qui n'est pas totalement justifiée par les faits

VÉRIFIER LES FAITS

1) **NOM DE L'ÉMOTION** que je veux changer : *CULPABILITE* **INTENSITÉ** : AVANT : 70

2) **Quel est l'ÉVÉNEMENT DÉCLENCHEUR de mon émotion ?** Qu'est-ce qui vous a conduit à cette émotion ?
Décrivez précisément les faits observables à travers vos sens, SANS JUGEMENT. Remettez en question les jugements, les certitudes et les descriptions en noir et blanc.

3) **Quelles sont mes INTERPRETATIONS, PENSEES et CERTITUDES concernant l'événement ?** IDENTIFIEZ vos interprétations et vos hypothèses

4) **PENSEZ A D'AUTRES INTERPRETATIONS POSSIBLES.**

Explorez la situation sous toutes ses facettes et selon tous ses points de vue.

5) **ANALYSEZ VOS INTERPRETATIONS initiales pour voir SI ELLES CORRESPONDENT AUX FAITS.** Ce que je pense colle-t-il à ce qui est observable ou je rajoute des interprétations ?

6) **EST-CE QU'IL Y A UN RISQUE POUR MOI DANS CETTE SITUATION ? Si oui, lequel ?** Quelles sont les conséquences inquiétantes auxquelles je m'attends ? Imaginez toutes les issues possibles.

7) **QUELLE EST LA CATASTROPHE, le pire qui puisse m'arriver ?** Si ce scénario se produit, qu'est-ce que je peux faire face à celui-ci ?.

8) **EVALUEZ LA PROBABILITE que l'évènement menaçant se produise réellement.**

9) **Mon émotion (ou son intensité ou sa durée) CORRESPOND-ELLE AUX FAITS ?** (de 0 = pas du tout à 5 = j'en suis certain) : 1 **INTENSITÉ** (cf. thermomètre) : APRÈS avoir vérifié les faits : 30

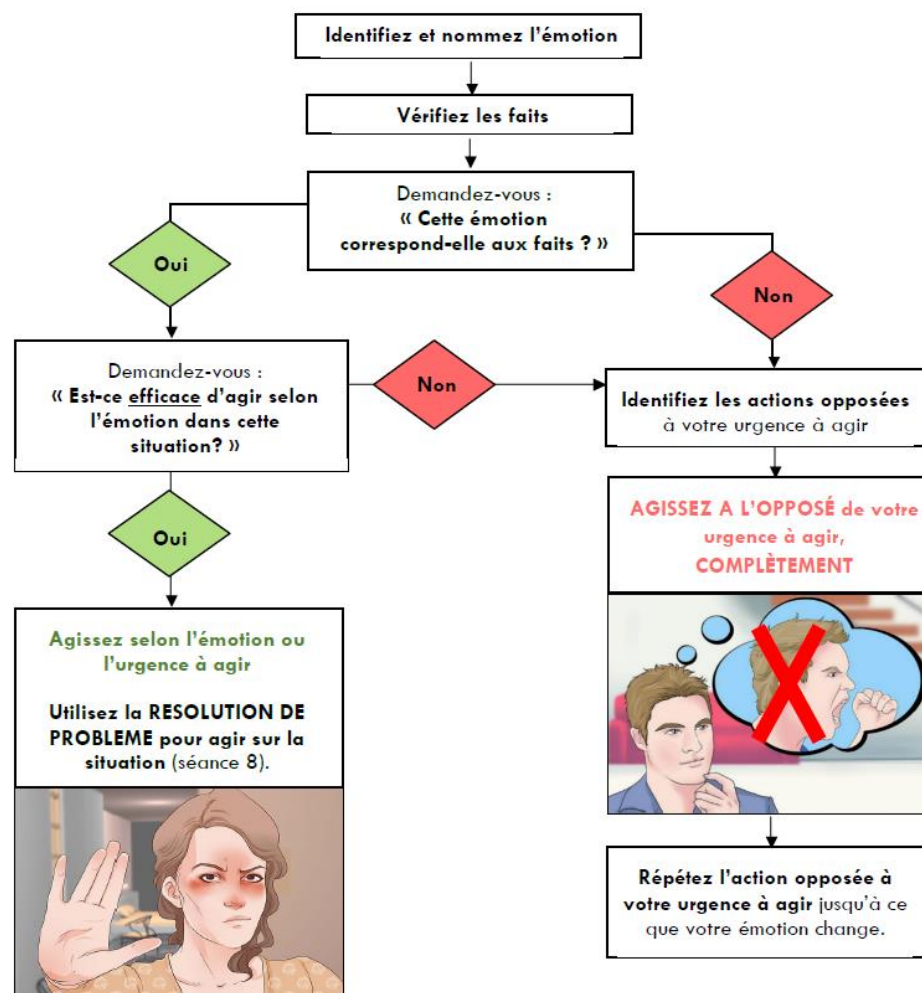
Vérifier les faits

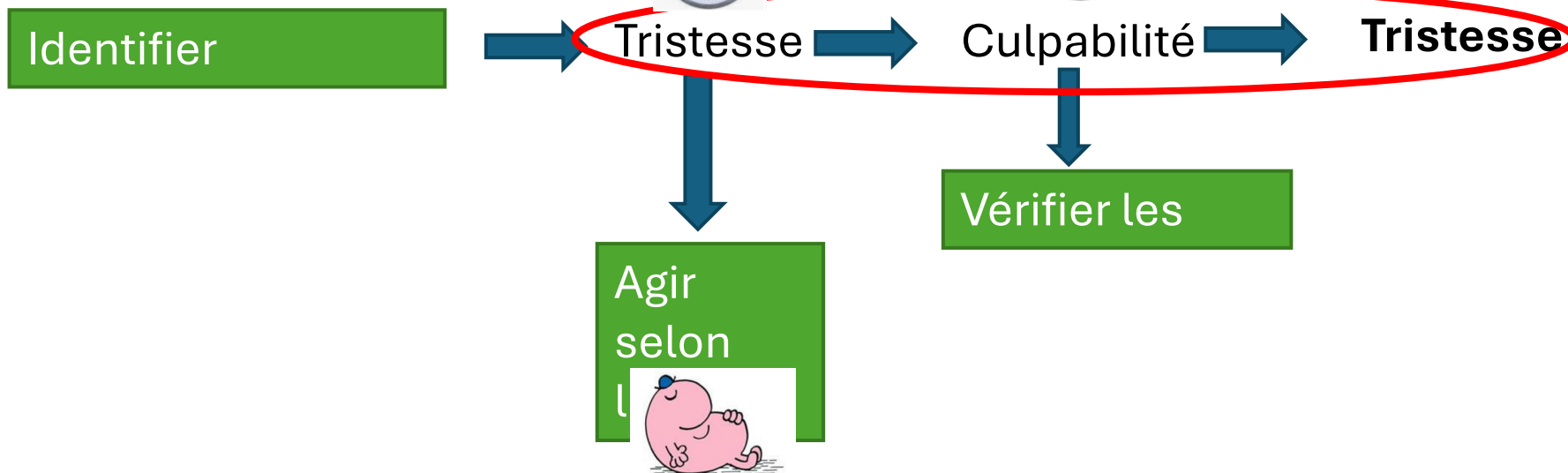
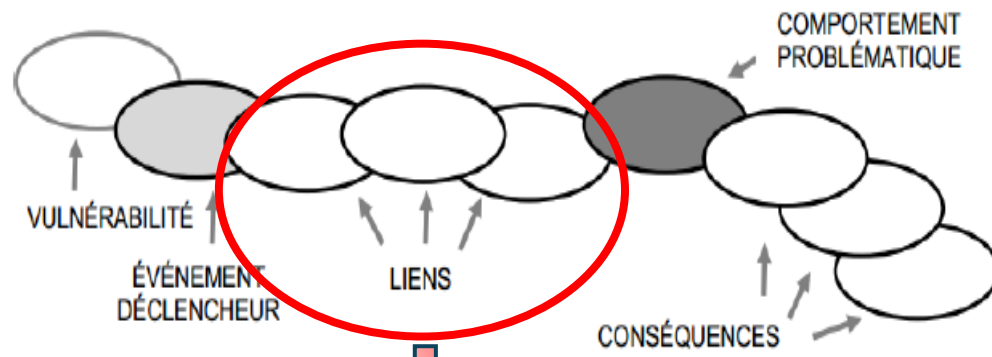
- Dans cette situation précise
- La vérification des faits vise :
 - (1) à évaluer quelle partie de l'intensité de l'émotion pourrait être diminuée par la vérification des faits elle-même
 - (2) à déterminer comment réguler cette émotion

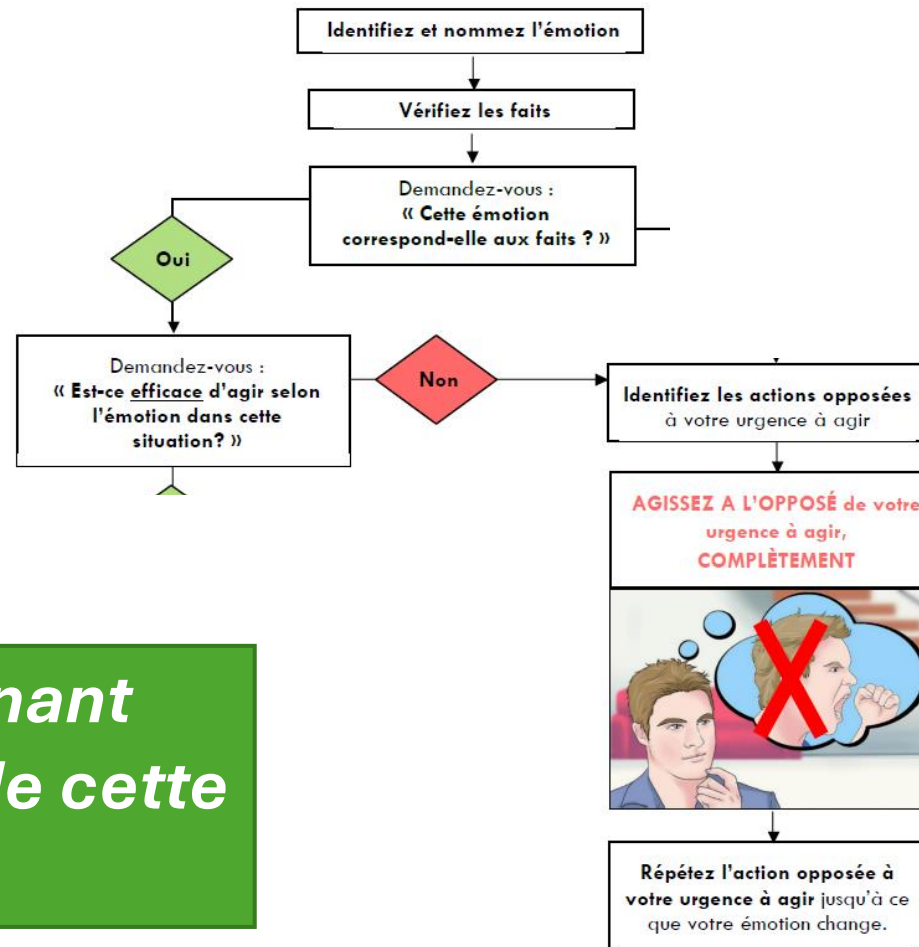
Bien souvent les émotions correspondent au moins en partie aux faits



C'est souvent l'intensité de l'émotion qui n'est pas totalement justifiée par les faits







*Là maintenant
que faire de cette
tristesse?*

Agir à l'opposé

TRISTESSE



La tristesse CORRESPOND AUX FAITS d'une situation lorsque :

- A. Vous avez perdu quelque chose ou quelqu'un de façon irrémédiable.
- B. Les choses ne sont pas comme vous le vouliez, l'attendiez ou l'espériez.
- C. Autre exemple : _____

Si votre tristesse n'est PAS JUSTIFIÉE par les faits ou n'est PAS EFFICACE, suivez ces suggestions :

✓ AGIR À L'OPPOSÉ de la tristesse

1. Devenez ACTIF ; aller vers les autres.
2. ÉVITEZ D'ÉVITER.
3. Faites des choses qui vous font sentir COMPÉTENT et vous donnent confiance en soi.
4. Augmentez les ÉVÉNEMENTS PLAISANTS.

✓ AGIR À L'OPPOSÉ de la tristesse, COMPLÈTEMENT

1. Prêtez attention au MOMENT PRÉSENT !
 - Soyez conscient de votre environnement – de la façon dont se déroule chaque détail.
 - Faites l'expérience des activités nouvelles ou positives dans lesquelles vous vous engagez.
2. CHANGEZ VOTRE POSTURE (Adoptez une attitude corporelle « radieuse », tête relevée, yeux ouverts, épaules en arrière).
 - Gardez un ton enjoué.
3. CHANGEZ VOTRE CHIMIE CORPORELLE.
 - Par exemple, augmentez le mouvement (course, marche, ou tout autre exercice actif).

« *Fake it, till you make it* »

UTILITÉ DES ÉMOTIONS

1 LES ÉMOTIONS NOUS PREPARENT À AGIR

L'urgence à agir liée à différentes émotions est souvent « programmée » biologiquement.



2 LES ÉMOTIONS COMMUNIQUENT AVEC LES AUTRES

Les émotions informent les autres sur ce que nous ressentons et influencent leurs ressentis et comportements à notre égard.



3 LES ÉMOTIONS COMMUNIQUENT AVEC NOUS

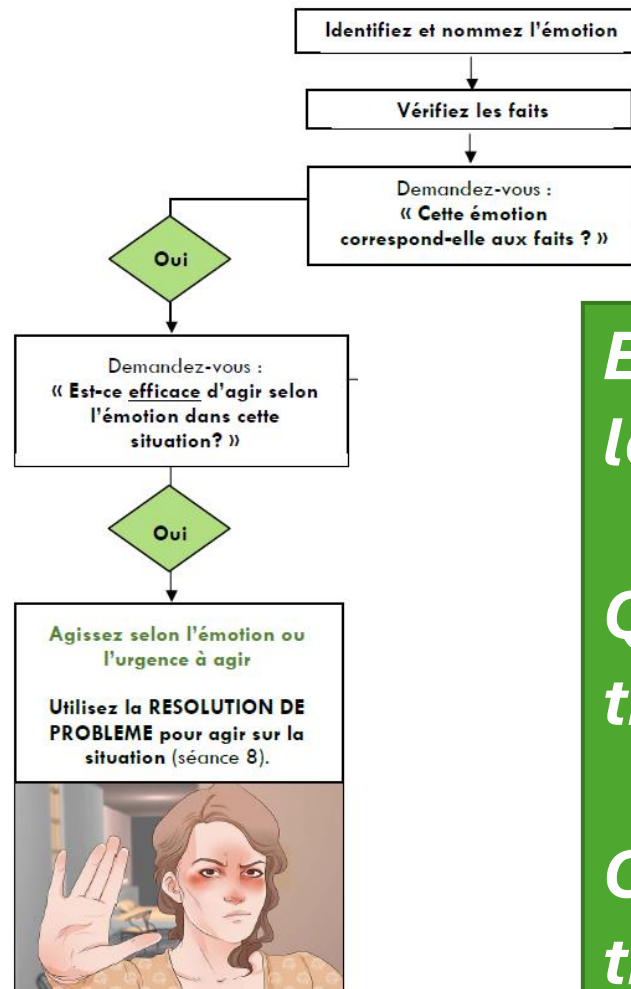
Les émotions nous informent sur comment nous réagissons aux événements et peuvent agir comme des alertes face à un danger.



Et en même temps, pour le long terme:

Que me dit cette tristesse?

Comment cette tristesse m'aide pour



*Et en même temps, pour
le long terme:*

*Que me dit cette
tristesse?*

*Comment cette
tristesse m'aide pour*

RÉSoudre LES PROBLÈMES POUR CHANGER LES ÉMOTIONS

Choisissez **UN** événement déclencheur générant **UNE** émotion douloureuse. Si l'évènement est relié à plusieurs émotions douloureuses, remplir une fiche par émotion.

Transformez l'évènement choisi en problème à résoudre. Suivez les étapes ci-dessous et décrivez ce qui s'est produit.

NOM DE L'ÉMOTION : _____ INTENSITÉ (cf. thermomètre): AVANT : _____

1. **QUEL EST LE PROBLÈME ?** Qu'est-ce qui rend la situation problématique ?
Décrivez l'évènement déclenchant vos émotions.

2. **VÉRIFIEZ LES FAITS POUR ÊTRE SÛR DE CIBLER LE BON PROBLÈME.** Décrivez ce que vous avez fait pour être certain des faits.

Si nécessaire, RÉÉCRIVEZ le problème autrement de façon à ce qu'il colle aux faits.

3. **QUEL SERAIT UN OBJECTIF RÉALISTE DE VOTRE RÉOLUTION DE PROBLÈME À COURT-TERME ?** Qu'est-ce qui doit se produire pour que vous pensiez avoir progressé ?

4. **EXPLOREZ LES SOLUTIONS** en esprit ouvert : Énumérez autant de solutions et de stratégies pour faire face que possible. **NE LES ÉVALUEZ PAS !**

5. **QUELLES SONT LES 2 IDÉES QUI PARAISSENT LES MEILLEURES** (susceptibles d'atteindre votre objectif et réalisables) ?

1. _____
2. _____

AVANTAGES	SOLUTION 1	SOLUTION 2
INCONVÉNIENTS		

6. **CHOISISSEZ** une solution à essayer ; listez les étapes nécessaires ; cochez les étapes réalisées et notez leur efficacité.

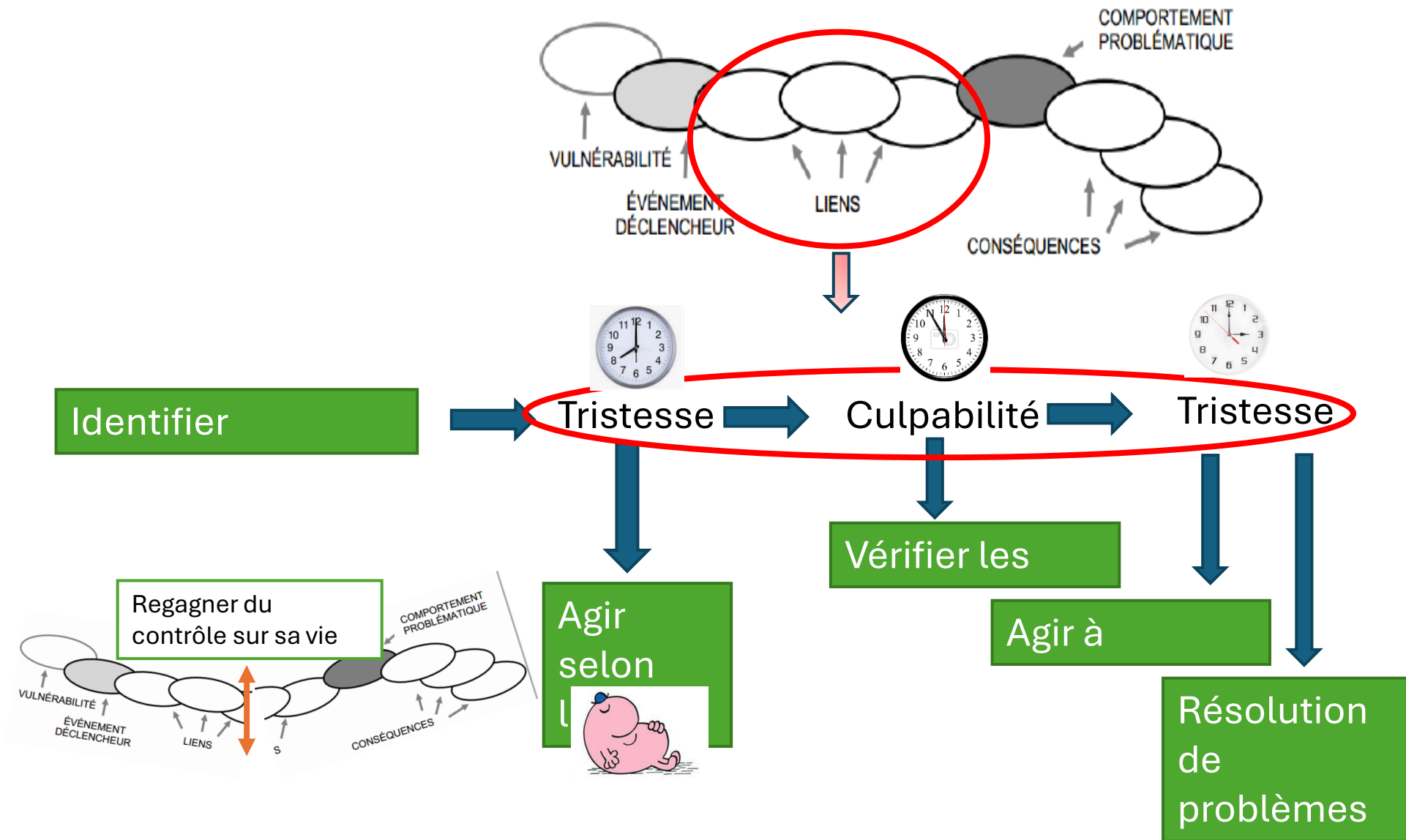
Étape	Décrivez	✓ Fait	Que s'est-il passé ?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

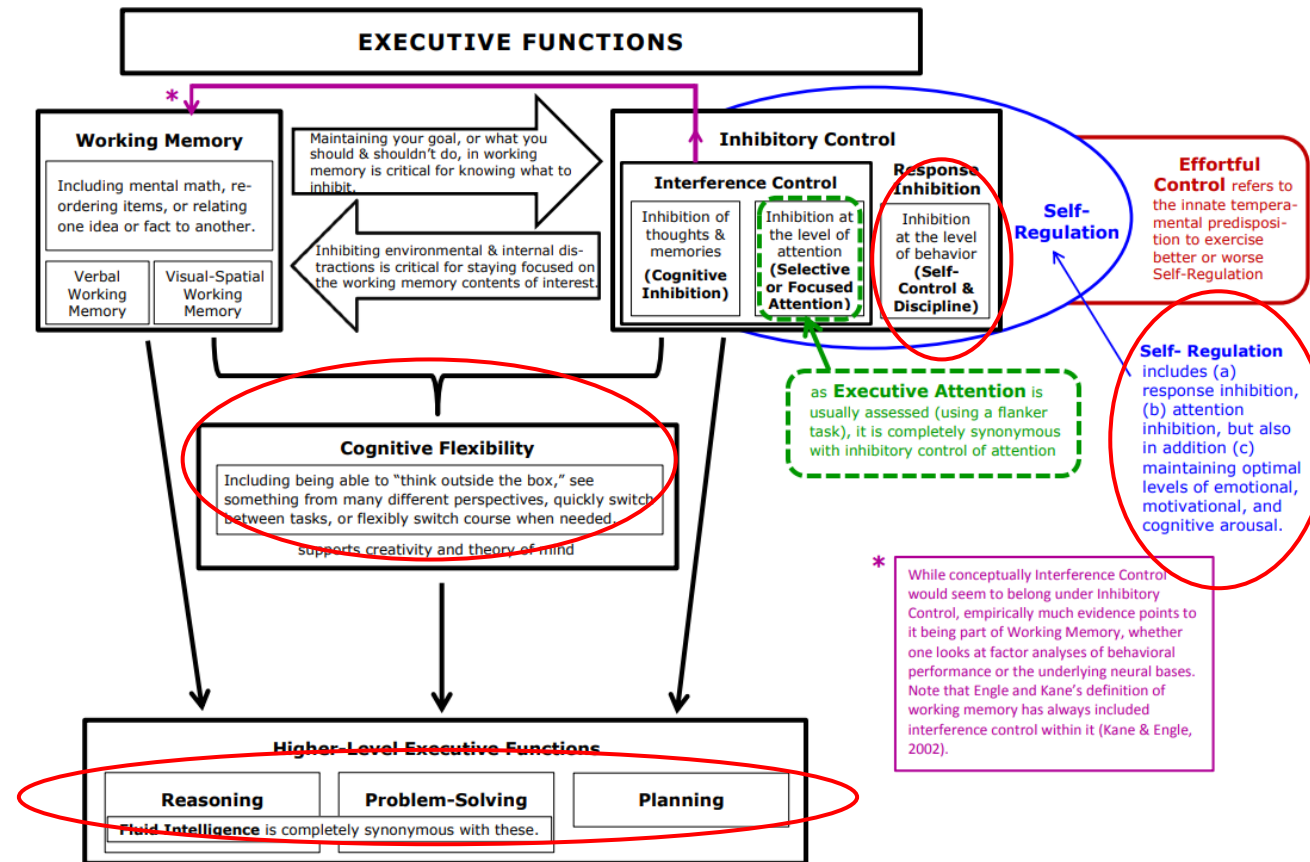
7. **AVEZ-VOUS ATTEINT VOTRE OBJECTIF ?** Si oui, décrivez. Sinon, que pouvez-vous faire ensuite ?

8. **Y A-T-IL MAINTENANT UN NOUVEAU PROBLÈME À RÉSOUDRE ?**

☐ Oui ☐ Non Si oui, décrivez et faites à nouveau de la résolution de problème.

INTENSITÉ (cf. thermomètre) : APRÈS : _____





Adele Diamond, Why assessing and improving executive functions early in life is critical. In P. McCardle, L. Freund, & J. A. Griffin (Eds.), *Executive Function in Preschool-age children: Integrating Measurement, Neurodevelopment, and Translational research*.

Rééducation au service de la
reconstruction d'un projet de vie

Parcours du patient après lésion cérébrale acquise

- Phase aiguë: maintien des fonctions vitales, bilan étiologique, lutte contre l'aggravation, prévention de récidence
- Phase de **rééducation** (3 à 12 mois): accompagner la récupération



SORTIE A DOMICILE



CONFRONTATION à la « vraie vie »

- Phase de **réadaptation**: compenser ce qui n'a pas récupéré
- Phase de **réinsertion**: à la vie de famille, au monde du travail



CONSTRUCTION D'UN NOUVEAU PROJET DE VIE

... et SON MAINTIEN A LONG TERME



Qui sont ces êtres humains que nous tentons de rééduquer?

Humain = créature complexe dotée de questionnements métaphysiques et métacognitifs, désirant le bonheur et équipée d'un cerveau programmé pour la survie

(Aurelie Fritsch, thérapeute ACT Strasbourg)

[Le piège du bonheur: Évolution de l'esprit humain – YouTube \(3min30\)](#)

- Les humains ne se posent pas spontanément la question de ce qui compte dans la vie
- Beaucoup d'humains pensent que une vie heureuse est une vie agréable
- Plus de contrôle ou plus de sens?
- **Objectif = développer la capacité à s'engager vers ce qui compte dans la vie même en présence d'émotions désagréables**

But des séances de rééducation cognitive

- Être au service de l'amélioration de scores?

Ou Être au service

- **Des objectifs du patient?**
- **De la construction d'un projet de vie?**
- **De reprise des rôles qui lui sont chers?**
- **D'une vie en accord avec ses valeurs?**
- **De promotion de la croissance post traumatique?**

CROISSANCE POST-TRAUMATIQUE (CPT)

“La CPT désigne tous les changements psychologiques positifs qui apparaissent à la suite d'une exposition à un traumatisme majeur” (*Magne et al., 2020*).

La CPT se manifeste dans 5 domaines :

- L'appréciation de la vie
- Les relations aux autres
- Le développement d'une force personnelle
- Les nouvelles possibilités
- Le développement d'une certaine spiritualité

Croissance Post Traumatique

- appréciation de la vie
- relations aux autres, qui deviennent plus riches, plus intimes, plus appréciées, plus investies.
- développement d'une force personnelle, se sentir plus fort après l'épreuve, plus apte à gérer les difficultés, plus confiant en ses propres ressources adaptatives.
- nouvelles possibilités, créés ou catalysées par la situation de crise vécue
- le développement d'une certaine spiritualité
- plus de patience, d'acceptation
- davantage d'aide aux autres

Tedeschi 1996

Versus
« qualité »
de vie



Une vie qui vaut la peine
d'être vécue (TCD)

- J'ai changé de priorités dans la vie
- J'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur
- Je me suis intéressé(e) à de nouvelles choses
- J'ai acquis plus de confiance en moi
- J'ai développé une certaine spiritualité
- Je vois mieux que je peux compter sur les autres en cas de problème
- J'ai donné une nouvelle direction à ma vie
- Je me sens plus proche des autres
- Je suis plus enclin(e) à exprimer mes émotions
- Je suis davantage capable de gérer des situations difficiles
- Je fais de ma vie quelque chose de meilleur
- J'accepte mieux la façon dont les choses se passent
- J'apprécie davantage chaque jour de ma vie
- De nouvelles opportunités sont apparues qui ne seraient pas apparues autrement
- J'ai plus de compassion pour les autres
- J'investis plus mes relations aux autres
- J'essaie davantage de changer les choses qui ont besoin d'être changées
- J'ai une foi religieuse plus grande
- J'ai découvert que je suis plus fort(e) que ce que je pensais
- J'ai vraiment compris à quel point les gens pouvaient être formidables
- J'accepte mieux le fait d'avoir besoin des autres

Passée la phase aigue...

***Un patient ne dois pas sortir d'une séance
de rééducation***

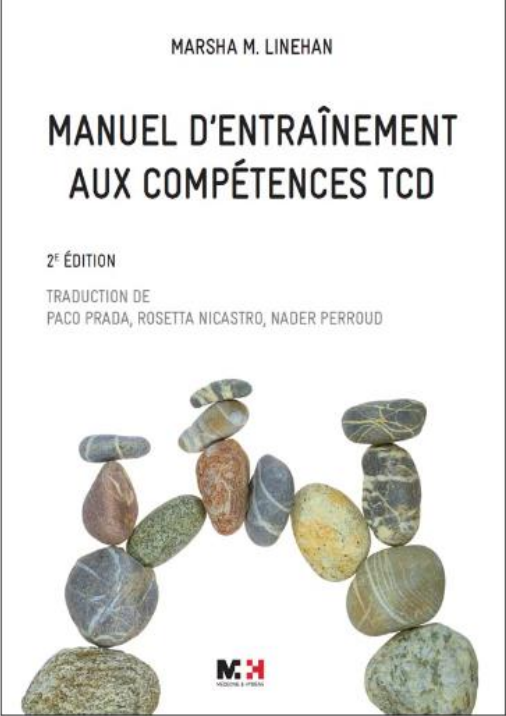
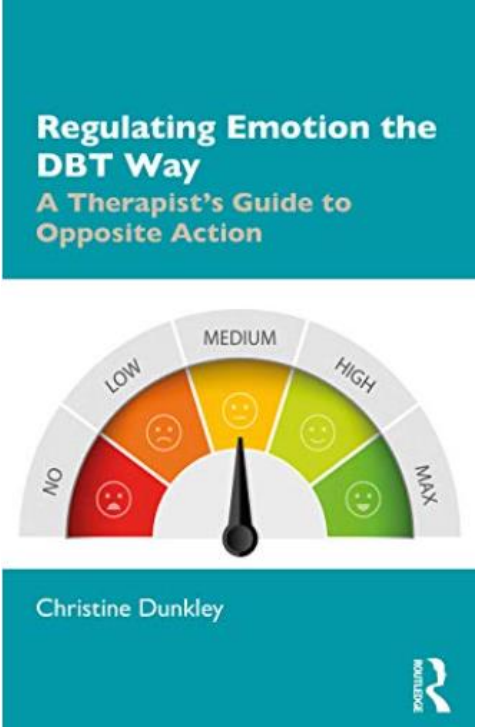
***sans voir le lien entre ce qui a été travaillé
et***

sa vie quotidienne,

ses objectifs personnels,

et la reconstruction de sa vie

En guise de conclusion...





Formation Continue

Université de Strasbourg

Comment traiter les troubles de la régulation émotionnelle : la Thérapie Comportementale Dialectique (TCD ou Dialectical Behavior Therapy - DBT)

Formation de base

PERSONNES CONCERNÉES
Psychiatres, psychologues et professionnels paramédicaux ou travailleurs sociaux.

PRÉ-REQUIS
Avoir une expérience solide dans le champ de la santé mentale.
Pour s'inscrire à la formation, il vous est demandé de nous faire parvenir une brève description de votre poste et des fonctions actuelles et du public pris en charge (1/2 page) ainsi qu'un curriculum vitae (1 page).

CONTEXTE
La thérapie comportementale dialectique (TCD ou DBT, en Anglais) est une psychothérapie structurée et intensive développée par Marsha Linehan (1993), qui s'inscrit à la 3ème vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC). À ce titre, la TCD allie des stratégies de changement comportemental, classiques dans les TCC, à des stratégies d'acceptation afin de diminuer la souffrance émotionnelle et aider les patients à construire une vie qui vaille la peine d'être vécue. Il s'agit du traitement de première intention du trouble de la personnalité borderline, où elle permet une diminution des comportements suicidaires et auto-dommagés ainsi qu'une amélioration des capacités de régulation émotionnelle et de la qualité de vie. La TCD a par ailleurs montré son utilité dans des troubles autres que le trouble de la personnalité borderline, tels que les troubles addictifs, les troubles du comportement alimentaire, le TDAM et les troubles de l'humeur.
Malgré son efficacité reconnue, en France, la TCD est peu répandue du fait notamment de la quasi absence de formations dispensées en Français, nécessaires à la formation des équipes.
À l'issue de la formation, les participants auront des outils concrets et pragmatiques pour proposer un suivi adapté aux personnes présentant une désrégulation émotionnelle.

COMPÉTENCES À L'ISSUE DE LA FORMATION

- Identifier les patients souffrant d'un trouble de la régulation émotionnelle pouvant bénéficier de la TCD
- Connaitre les bases théoriques et le dispositif nécessaires à la mise en œuvre de la TCD
- Identifier les besoins spécifiques et les formuler sous l'angle de la TCD, conduire un groupe de compétences TCD
- Faire une formulation du cas de type TCD
- Connaitre les outils stratégiques utilisés dans le cadre de la TCD, à savoir les techniques d'engagement, les techniques de validation, les analyses en chaîne comportementale, les techniques comportementales et les techniques dialectiques
- Connaitre les modalités de mise en œuvre d'un groupe de psychoéducation des compétences TCD (jeux théâtraux)
- Connaitre et expérimenter les compétences apprises aux patients lors des groupes d'entraînement aux compétences
- Mettre en pratique les outils stratégiques de la TCD

PROGRAMME

- Les bases théoriques de la thérapie comportementale dialectique**
 - Présentation des bases conceptuelles de la TCD inhérentes à la problématique de la désrégulation émotionnelle
 - Principes comportementaux, dialectiques et d'acceptation : définition et validité clinique dans la désrégulation émotionnelle (illustration à partir d'exemples cliniques et de vidéos)
 - Données d'efficacité de la TCD dans le trouble de la personnalité borderline et dans d'autres troubles (TDAM, troubles de l'humeur, par exemple)
- Présentation du dispositif de la TCD** : suivi individuel, groupe d'entraînement aux compétences, disponibilité téléphonique et consultation d'urgence
- La formulation du cas en thérapie comportementale dialectique**
 - Présentation des éléments à recueillir lors des premières entretiens cliniques pour conceptualiser les problèmes rencontrés par le patient et définir les cibles thérapeutiques hiérarchiquement
 - Illustrations cliniques et jeux de rôle
- Les outils stratégiques**
 - Présentation des outils stratégiques de la TCD : engagement, validation, principes comportementaux d'apprentissage et outils dialectiques
 - Illustrations cliniques et jeux de rôle
- Les groupes d'entraînement aux compétences**
 - Présentation des compétences enseignées lors des groupes et leur rationalité
 - Modalités pratiques pour pouvoir monter un groupe d'entraînement aux compétences

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES
Exposés théoriques, jeux de rôle, illustrations cliniques, échanges et vidéos.

RESPONSABLES SCIENTIFIQUES
Lilise Weiner, Maître de Conférences en Psychologie Spécialité TCD, psychologue clinicienne (TCD et neuropsychologie)
Sébastien Weibel, Praticien Hospitalier, Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Courriel : weiner@unistra.fr

INTER-ENTREPRISES

Durée : 5 jours (deux sessions de 3 et 2 jours respectivement)

En 2022/2023 :
Référence : «JLE23-11064»
Du 04/04/2023
Au 05/04/2023
et
Du 25/05/2023
Au 26/05/2023

Tarif
1275 €
Les repas de midi sont pris en charge par les participants.

Lieu
Université de Strasbourg - Service Formation Continue
21 Rue du Maréchal Lefebvre
67100 Strasbourg

CE STAGE PEUT ÊTRE RÉALISÉ EN INTRA : NOUS CONSULTER.

Renseignements et inscriptions
Julie LÖSCHING
Tél : 03 68 85 49 23
Sauf en vendredi après-midi
Fax : 03 68 85 49 29
jloesching@unistra.fr

Nature et sanction de la formation
Cette formation constitue une action d'adaptation et de développement des compétences.
Elle donne lieu à la délivrance d'une attestation de participation.
Une évaluation en fin de formation permet de mesurer la satisfaction des apprenants ainsi que l'atteinte des objectifs de formation (connaissances, compétences, attitude, comportement) selon les niveaux 1 et 2 du référentiel d'évaluation de l'efficacité des formations thérapeutiques.

Gérer les émotions en rééducation

M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan, A. Krasny-Pacini

Les thérapies comportementales cognitives et émotionnelles (TCCE) ou TCC de 3^e vague, sont des approches psychologiques evidence-based qui donnent aux émotions une place prépondérante. Les émotions sont souvent perçues comme un frein à la rééducation et mises de côté ; elles peuvent au contraire être prises en compte dans le processus de rééducation et de réadaptation. Les TCCE proposent une manière de conceptualiser les difficultés, les relations thérapeutiques, qui peut être très utile dans ce cadre. Elles offrent des outils utilisables par tous, pour aider les patients à s'engager dans leurs soins, à réguler leurs émotions, à faire face aux situations difficiles, à orienter leurs comportements en fonction de leurs valeurs et non de leurs limitations.

Ce livre s'adresse autant à des rééducateurs non familiers des TCCE (y compris professionnels de rééducation hors champ de la psychologie), qu'à des psychologues (formés ou pas aux TCCE) souhaitant mieux connaître l'application pratique des TCCE en rééducation.

Dans la première partie de ce livre, les principaux courants des TCCE et leur niveau de preuve scientifique sont présentés, ainsi que leurs utilisations en rééducation :

- la **thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)**, particulièrement utile pour se centrer sur les valeurs des patients et améliorer la flexibilité mentale,
- la **thérapie fondée sur la compassion (TFC)**, particulièrement utile pour les patients éprouvant de la honte et souffrant d'autocritique,
- la **méditation pleine conscience**, l'un des apports majeurs aux TCC de 3^e vague et particulièrement utile dans la douleur chronique,
- la **thérapie comportementale dialectique (TCD)**, visant à réguler ses émotions et comportements,
- l'**application de la psychologie positive** aux personnes ayant une lésion cérébrale.

L'importance du suivi des proches est abordée, avec pour exemple Connexions Familiales®, un programme de psychoéducation et d'apprentissage de stratégies de régulation émotionnelle pour les familles des patients. D'autre part, la thérapie cognitive fonctionnelle est présentée dans le cadre des troubles neurologiques fonctionnels.

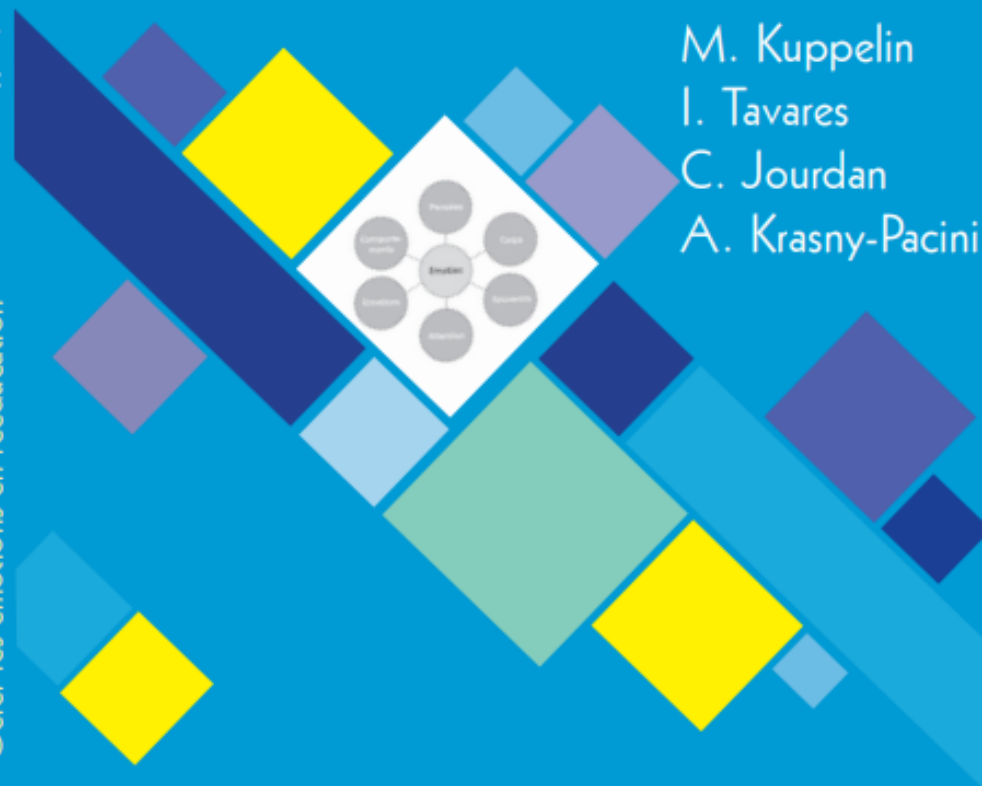
La deuxième partie décrit des applications concrètes de ces thérapies avec des cas cliniques, applicables immédiatement auprès des patients et des familles.

Gérer les émotions en rééducation

M. Kuppelin, I. Tavares, C. Jourdan, A. Krasny-Pacini

Gérer les émotions en rééducation

M. Kuppelin
I. Tavares
C. Jourdan
A. Krasny-Pacini



Objectifs



- A quoi servent ces émotions?
- Connaître Les TCC et leur adaptations aux troubles cognitifs
- Tous au service de la flexibilité, de la vie psychique et de la croissance post-traumatique?
- Connaître des outils simple de TCCE:
 - Matrice ACT
 - PP et Gratitude
 - Analyse en chaine?
 - Validation
 - Défuser: nous sommes pas nos pensées
- Sans devenir psychologue avoir envie / savoir où de se former à des techniques spécifiques:
 - ACT
 - TCD
 - Psychothérapie pour les personnes avec troubles phasiques et cognitifs sévère?



Après ce topo

- A quoi servent ces émotions?
- Savoir orienter un patient vers autre chose que la rééducation neuropsychologique et orthophonie (et que la psychanalyse) si trouble émotionnel au premier plan
- Tous au service de la flexibilité.
- et au service de la vie psychique?
- Sans devenir psychologue avoir envie / savoir où de se former à des techniques spécifiques?
 - ACT
 - Modèle PERMA
 - Validation
 - Défuser: nous sommes pas nos pensées
 - TCD? Analyse en chaine?