

Editorial

Muitas vezes referimos, por informação da literatura, que o snoezelen pode não ter efeitos permanentes ou duradouros. Na resposta a esta questão que é transversal a todos os países, a Associação Internacional de Snoezelen tem vindo a refletir num outro conceito, e mais alargado, que é o SNOEZELEN24h, que salienta que as pessoas devem receber estímulos multissensoriais não só na sala, mas ao longo de todo o dia.

Spesso si riferisce, da informazioni della letteratura che il Snoezelen non ha effetti permanenti o di lunga durata. In risposta a questo problema che attraversa tutti i paesi, l'Associazione Internazionale dei Snoezelen si è riflessa in un altro concetto, e più ampia, che è SNOEZELEN24h, che sottolinea che le persone dovrebbero ricevere stimoli multisensoriali non solo nella stanza, ma tutto il giorno.

Souvent, on voit, par des informations de la littérature que le Snoezelen n'a pas des effets permanents ou de longue durée. En réponse à cette question qui touche tous les pays, l'Association internationale de Snoezelen a réfléchi dans un autre concept, et plus large, qui est SNOEZELEN24h, qui souligne que les gens devraient recevoir des stimuli multisensoriels non seulement dans la chambre mais tout au long de la journée.

Often we refer, by literature information: can snoezelen having permanent or long lasting effects? In response to this issue that cuts across all countries, the International Association of Snoezelen has been reflected in another concept, and wider, which is SNOEZELEN24h, which stresses that people should receive multisensory stimuli not only in the room but throughout the day.

Nos referimos, por la literatura que el Snoezelen no tiene efectos permanentes o de larga duración. En respuesta a este problema que afecta a todos los países, la Asociación Internacional de Snoezelen se ha reflejado en otro concepto, y más ancho, que es SNOEZELEN24h, que subraya que las personas deben recibir estímulos multisensoriales no solo en la habitación, pero durante todo el día.

“Pour Ad Verheul et moi-même : We did it our way! Et pour vous : Do it your way?”

- Jan Hulsegge

Interview de Ad Verheul, fondateur du concept Snoezelen (1)

(clic sur l'image)



Bola de espelhos

Summary

- Interview Ad Verheul
- I quattordici bisogni fondamentali:
- Livro
- Uma sessão
- Snoezelen, un monde de sens
- Abstract



Bola de espelhos—LSBS

I quattordici bisogni fondamentali

L' invecchiamento è una tappa della vita che richiede l'accettazione dei cambiamenti di diversi aspetti della propria esistenza. È una fase della vita che mette in gioco non solo dinamiche profondamente intime e personali di chi sta affrontando questo processo, ma anche dinamiche relazionali che coinvolgono in particolare l'ambiente familiare. Spesso l'insorgere della malattia è l'evento che segna nel modo più evidente il processo di invecchiamento. In particolare, le forme patologiche che inducono una progressiva riduzione delle abilità e dell'autonomia personale, come le demenze, portano ad una trasformazione radicale delle condizioni di vita sia a livello pratico-comportamentale che affettivo-relazionale.

“La peculiare funzione dell’infermiere è quella di assistere l’individuo malato o sano nell’esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessarie, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l’indipendenza il più rapidamente possibile.”

Le base del nursing vengono fatte da Virginia Henderson

- 1897: nasce a Kansas City
- 1921: si diploma alla *Army School of Nursing*
- 1926: acquisisce il *Bachelor of Science* e il *Master of Arts* in “*Istruzione Infermieristica*” alla *Columbia University* di New York
- 1955: pubblica per la prima volta la sua definizione di Nursing nel testo “*The Principles and Practice of Nursing*”
- 1966: pubblica il libro “*The Nature of Nursing*”, in cui chiarisce ulteriormente le sue teorie sull’Infermiere e sull’Assistenza Infermieristica

I quattordici bisogni fondamentali:

1. Respirare normalmente.
2. Mangiare e bere in modo adeguato.
3. Eliminare i rifiuti del corpo.
4. Muoversi e mantenere una posizione desiderata.
5. Dormire e riposare.

Colchão de água

O colchão de água permite sentir diferentes pontos de apoio do corpo (homúnculo sensorial); é aquecido a uma temperatura de 32° a 35° no inverno e de 22° a 25° no verão; é um equipamento central, pelo que está indicado para pessoas com mobilidade reduzida (elevados índices de dependência); é indicado para diminuir a hipertonicidade, permite trabalhar o controlo postural, o sistema vestibular, a dimensão tátil (temperatura e vibrações), propriocetiva, relaxamento, baixar tensão arterial e equilíbrios e desequilíbrios axiais. Trata-se de um equipamento particular que permite trabalhar diversos estímulos, daí ser tratado diferencialmente (Rodríguez, 2012; Martins, 2015).



Cama de água - Lar S. Beatriz

Videosno



Agenda - Training

Portugal:

Formação certificada

20 Abril - Anadia

21-23 Abril - Gouveia

2-20 Maio - Açores (S. Miguel, Terceira e Faial)

Brevemente mais Datas

Arroios e Sines

Outra Formação

15 Abril - Braga II Jornadas Snoezelen (brevemente programa)

7 Maio - Amares (Braga) <https://goo.gl/yUC7mV>

France:



Québec:

Avec Michel Théroux
Récréologue, conseiller et formateur sur l'approche Snoezelen



7. Maintenere la temperatura corporea a un livello normale, scegliendo il vestiario adeguato e modificando l'ambiente.
8. Tenere il corpo pulito, i capelli, la barba e i vestiti ben sistemati e proteggere il tegumento.
9. Evitare i pericoli derivati dall'ambiente ed evitare di ferire altri.
10. Comunicare con gli altri esprimendo emozioni, bisogni, paure o opinioni.
11. Seguire la propria fede.
12. Lavorare in modo da rendersi conto di un certo risultato.
13. Giocare o partecipare a varie forme di ricreazione.

Imparare ,scoprire o soddisfare la curiosità che porta a un normale sviluppo e alla salute e usare tutti i mezzi disponibili per la salute.

Le teorie di Virginia Henderson sono stati influenzate dei elaborati del psicologo Abraham Maslow.(n.1908-m.1970)

Il concetto di benessere è una nozione in costante evoluzione: seguendo la **piramide di Maslow**, col passare del tempo la realizzazione dei bisogni fondamentali e di alcuni desideri considerati un tempo difficilmente raggiungibili porta alla nascita di altri bisogni e desideri.

La ridefinizione da parte del OMS al concetto di salute:

....*definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere.*

La definizione di **benessere** : “lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di **benessere** che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società”

Tutti i bisogni fondamentali elencati sopra sono stati presi in considerazione durante le stesure di schede di terapie non farmacologiche come obiettivo finale il recupero del **benessere** del assistito.

Esempio di stesura del piano assistenziale utilizzando anche applicazione delle terapie non farmacologiche in rispetto alle delibere ministeriale (pagina seguente)

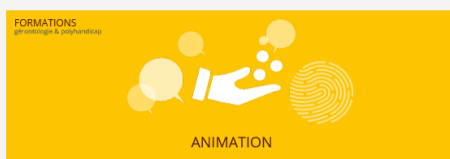
<https://terapienonfarmacologiche.files.wordpress.com/2015/10/esenzione-ticket-malattia-di-alzheimer-alzhei.jpg> e <http://www.salute.gov.it/portale/temi/ricercacodiceEsenzioni.jsp?1cd9p=038>

Ionita Ingrid Santana

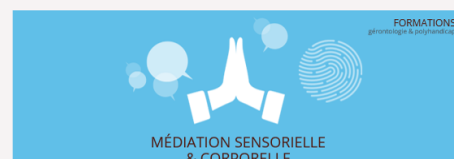
Un site...

Organisez votre parcours formation

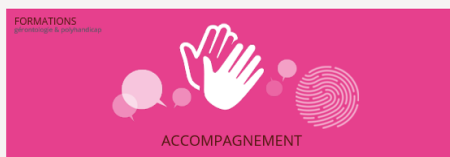
20 années d'expérience dans les domaines de la gérontologie et du handicap permettent à Pétrarque de proposer une offre complète de formations destinée aux professionnels afin de les accompagner dans leurs missions quotidiennes.



ANIMATION



MÉDIATION SENSORIELLE & CORPORELLE



ACCOMPAGNEMENT



PRÉVENTION

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

COGNOME **MARCO**

NOME **ROSI**

ETA' **73**

NATO A FIRENZE

IL 14/05/1940

PROGETTO INFERMIERISTICO

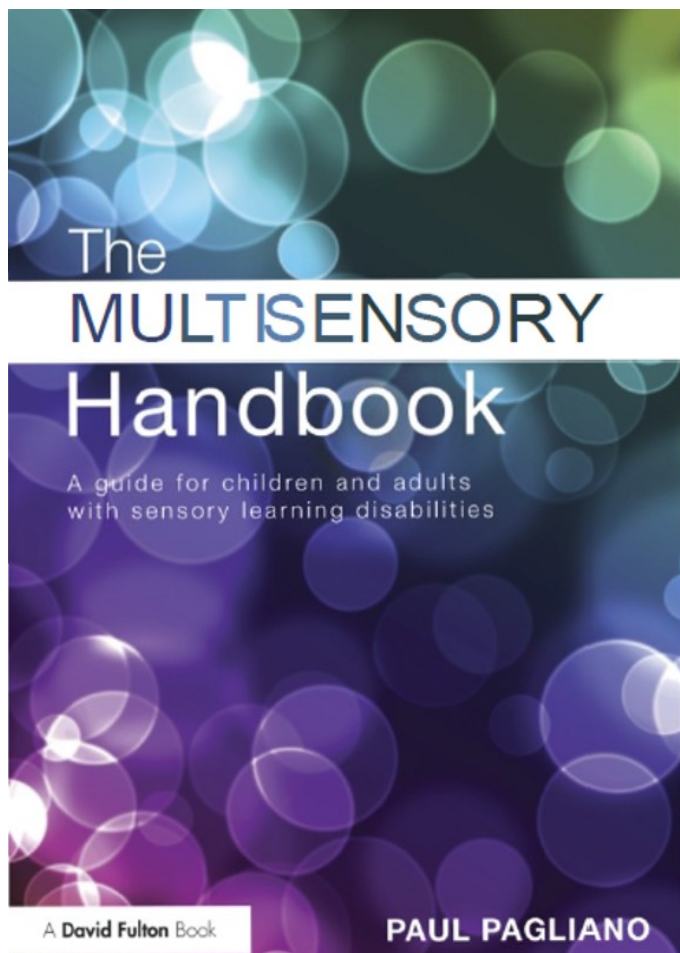
Decadimento cognitivo lieve su base vascolare. Tabagismo. Esiti di frattura alla diafisi distale ulna dx (2009). Diverticolosi del colon-sigma e poliposi.

OBIETTIVI RAGGIUNTI	OBIETTIVI NON RAGGIUNTI
1,3,5,9,11,	2,4,6,7,8,10,12,13,14

	Bisogni Fondamentali	PROBLEMATICHE	DECISIONI ASSUNTE
1.	Respirare normalmente	No	-
2.	Mangiare e bere in modo adeguato	Si	Terapie non farmacologiche, menu cibo frullato
3.	Eliminare i rifiuti del corpo	No	-
4.	Muoversi e mantenere una posizione desiderata	Si	Terapie non farmacologiche
5.	Dormire e riposare	No	-
6.	Scegliere il vestiario adeguato;vestirsi e svestirsi	Si	Terapie non farmacologiche
7.	Mantenere la temperatura corporea a un livello normale,scegliendo il vestiario adeguato e modificando l'ambiente	Si	Applicazione protocollo confort Terapie non farmacologiche
8.	Tenere il corpo pulito,i capelli,la barba e i vestiti ben sistemati e proteggere il tegumento	Si	Terapie non farmacologiche
9.	Evitare i pericoli derivati dall'ambiente ed evitare di ferire altri	No	-
10.	Comunicare con gli altri esprimendo emozioni,bisogni,pauze o opinioni	Si	Terapie non farmacologiche
11.	Seguire la propria fede	No	-
12.	Lavorare in modo da rendersi conto di un certo risultato	Si	Attività educative programmate, Terapie non farmacologiche
13.	Giocare o partecipare a varie forme di ricreazione	Si	Attività educative programmate, Terapie non farmacologiche
14.	Imparare ,scoprire o soddisfare la curiosità che porta a un normale sviluppo e alla salute e usare tutti i mezzi disponibili per la salute	Si	Attività educative programmate, Terapie non farmacologiche

TEST	PUNTEGGIO	CUT-OFF
BRADEN	19	18
INDICE DI KATS	1/6	-
INDICE DI LOWTON	2/8	-
EBS	14	
PESO	51,2g	
BARTHEL	30	
VAS	7	
M.M.S.E	15	

Firma M.M.G.			
Firma Coord.inf		Firma operatore	
Firma Infermiera		Firma educatore	
Firma FKT		Firma parente	



[Livro]

Para as pessoas com condições sensoriais e cognitivas desafiadoras, a vida quotidiana pode se tornar tão imprevisível e caótica que ao longo do tempo, a falta de estímulos, muitas vezes, pode levar ao estado de desamparo aprendido. Neste texto perspicaz, Paul Pagliano, mostra como o "desamparo aprendido" pode ser transformado em otimismo aprendido através da estimulação multisensorial, e explica como um programa de apoio pode ser concebido e modulado para responder às necessidades, interesses e habilidades da pessoa. Prático, fácil de usar e com várias ferramentas de avaliação sensorial e estratégias de intervenção, este livro pode ajudar a: promover uma maior interação com o meio ambiente; a criança ou adulto a fazer experiência prazer e felicidade; a incentivar a melhoria das aprendizagens, bem-estar social e qualidade de vida. O autor oferece ideias de estimulação multissensorial que podem ser aplicadas à comunicação, ao lazer e recreação, terapia e educação.

Uma sessão...

RELAXAMENTO E ESTIMULAR A COMUNICAÇÃO

OBJETIVO: Promover a comunicação verbal

SEQUÊNCIA DE SESSÃO (30m)

PREPARAÇÃO DO AMBIENTE E MATERIAIS: não devem ser apresentados demasiados estímulos; a sala pode estar com música de fundo, aquecida a temperatura agradável, ter todos os materiais a utilizar preparados (creme de massagem ph neutron; escolher canção, projector preparado, colunas preparadas).

Iniciar com Medições da Tensão arterial e Oximetria (posição sentado, se possível). Utilizar uma frase, um estímulo determinado para que a pessoa identifique o cuidador e o momento. Qual é o estímulo que o identifica enquanto cuidador?

Sentar no sofá ou plataforma das colunas de bolhas (se possível) e procurar posição confortável.

Podemos começar massajando as colunas de água e perceber se a pessoa distingue as cores, se sente a vibração e alimentar a comunicação (nem que seja em autofeedback, como em Humanidade)

Desenvolver atividades que promovam escuta ativa: contraste de sons, ritmos, canções, etc. Usar linguagem gestual e afetiva. Intercalar com uma canção conhecida.

Permitir que o cliente usufrua no final de uma massagem relaxante – ex: <https://goo.gl/4URZez>

Finalizar levantando-se lentamente. Desligar paulatinamente todos os equipamentos e ambientar o cliente à luz natural. Fazer novas medições na posição inicial e se possível fazer avaliação oral sobre o momento.

Prochainement, une nouvelle édition revue et augmentée du livre

« Snoezelen, un monde de sens » aux éditions Pétrarque

Olivier Quentin / Bernard Godderidge mars 2016



Devant l'intérêt suscité par les professionnels à la lecture de la première édition de notre premier ouvrage « **Snoezelen, un monde de sens** » paru en 2010 aux éditions Pétrarque, nous avons souhaité enrichir par de nouveaux apports tant théoriques que pratiques les expériences que nous partageons avec les accompagnants dans le suivi de nos formations. C'est pourquoi nous sommes heureux de vous annoncer la prochaine parution d'une nouvelle édition revue et augmentée.

En effet, le secteur sanitaire et médico-social se doit aujourd'hui de rendre compte de l'évaluation de ses pratiques et questionner la qualité de l'accompagnement dans un souci de bientraitance privilégiant l'individualisation des projets de vie. Dans ce contexte, l'approche Snoezelen apparaît comme une des médiations qui à travers sa philosophie humaniste ramène le sujet au centre du dispositif et s'élargit vers de nouvelles formes d'accompagnements et la création d'espaces multi sensoriels vers d'autres secteurs tels que, crèches, services à domicile, structures hospitalières, accompagnements itinérants ou à domicile ...

Les équipes soucieuses de répondre au mieux aux besoins des personnes accueillies interrogent l'adaptation de ce concept à l'évolution et à l'évaluation des pratiques dans une approche relationnelle plus qualitative. L'accélération du temps et des rythmes institutionnels posant le soin comme prioritaire ne doit pas faire pour autant basculer le Snoezelen dans une activité occupationnelle qui servirait de faire valoir à une injonction de bientraitance.

L'objectif de ce nouvel ouvrage est bien de placer cet accompagnement dans un projet de soins ou la question du sens et de l'intérêt de cette pratique sont portés en réflexion collégiale par les équipes et leur encadrement.

Même si cet ouvrage reprend les fondamentaux de la démarche Snoezelen que nous avons déjà développé dans le premier ouvrage, nous avons voulu l'organiser autrement au regard de l'évolution des champs pratiques que nous rencontrons aujourd'hui.

Le plan de ce nouvel ouvrage s'articule de la manière suivante :

- 1) **L'historique et la philosophie Snoezelen** qui reprend les bases conceptuelles de cette approche.
- 2) **Les repérages théoriques** incluant de nouveaux apports sur le développement sensori-moteur, les troubles qui y sont liés et ainsi l'intérêt que peut représenter l'accompagnement en Snoezelen.
- 3) **L'adaptation du concept en fonction des personnes accueillies** pour laisser le sujet acteur de ses choix.

-4) **L'intégration du concept en établissement** où l'on trouvera des éléments en lien avec l'observation, la conception du projet et les modalités de suivi.

-5) **Un cahier pratique** dans lequel on trouvera des éléments en lien avec la conception d'un espace en fonction des publics (réalisé par Patrice d'Arfeuille), des supports pratiques pour chaque modalité sensorielle.

-6) **Un chapitre consacré aux témoignages de professionnels** autour de leurs pratiques professionnelles incluant de nouvelles expériences.

-7) **L'intérêt et les limites de l'approche Snoezelen** visant à ne pas banaliser le Snoezelen comme une simple activité ou un faire valoir mais privilégiant la notion de prendre soin dans un accompagnement humaniste.

Petit extrait avant la prochaine parution ...

Nous constatons que différentes approches se développent autour des accompagnements proposés en Snoezelen selon les structures. Pour certaines, elle se posent comme une activité occupationnelle, d'éveil ou encore de stimulation, voire d'atelier détente. Pour d'autres, elles seront investies sur un versant thérapeutique avec une éventuelle indication sous forme de prescription posée par un médecin ou une décision collégiale.

Le dispositif matériel Snoezelen ne reste finalement qu'un outil médiateur qui ne peut prendre valeur thérapeutique que s'il est inscrit dans un cadre institutionnalisé cohérent et guidé par un projet de soin holistique. L'indication est alors issue de la pensée de l'équipe et porté par un management directorial investi.

Chacun des professionnels peut accompagner en Snoezelen, sous réserve d'être « formé » ou à minima d'être informé et au fait de la spécificité de cet accompagnement. Il faudra veiller à ne pas rester dans une solitude désubjectivante pour le patient ou chacun aurait sa propre lecture et ses propres initiatives d'orientation de la prise en soin, ce qui serait morcelant et dommageable pour la personne concernée.

Cet accompagnement sollicite notre propre corporéité, notre sensorialité, nos émotions et notre affectivité. Il est souhaitable dans cet engagement humaniste que le professionnel reste conscient de ces enjeux psychocorporels et puisse les partager dans la pensée institutionnelle, pour éviter de passer à côté de la complexité du sujet et de n'en restituer qu'une perception fragmentaire.

Il semble important que nous accompagnants/soignants soyons placés en position de vivre le donner/recevoir, pour se mettre dans la position du « soigné ».

Lâcher en quelque sorte notre pouvoir et notre « toute puissance » qui pourrait nous protéger de ce qui est réveillé en nous. On ne peut faire vivre une relation d'humanité la plus authentique possible, au plus près du corps d'autrui, si l'on ne l'a pas soi-même expérimenté dans son propre corps porteur des traces de notre histoire.

C'est le décodage du vécu corporel et psychique de l'accompagnant impliqué dans la relation partagée, qui peut donner sens à ce travail relationnel d'accompagnement. Cela nécessite de rester à l'écoute des processus psychocorporels intimes du patient et de soi-même et de les poser dans un espace de parole collectif ouvert où la parole peut faire sens. Cela peut exister à partir d'une observation fine du sujet, de ce qu'il exprime par son corps et son langage sensori-moteur. Comment cela nous mobilise-t-il intérieurement, et qu'en renvoyons nous au sujet ?

Cette observation première se pose comme un préalable dans l'élaboration du projet d'accompagnement. Il faut ensuite qu'une trame se dessine à partir des hypothèses issues de la pensée de l'équipe pour déterminer un choix d'outils pertinents et fonctionnels en lien avec les besoins et désirs du sujet. Il s'agira par ailleurs d'en évaluer régulièrement les effets pour affiner son efficacité dans le temps.

Snoezelen nous interroge sur le sens et la qualité de notre accompagnement personnel et institutionnel, face à des personnes qui nous confrontent à « l'insensé » qui nous trouble.

Soit nous acceptons la rencontre mais cela requiert alors une implication importante avec l'acceptation de penser et de donner du sens là où l'on ne voit pas forcément de sens. Soit l'on s'en défend et l'on reste dans un agir automatisé qui nous protège de notre impuissance, mais où la personne devient alors objet de soin.

Autrement dit, comment faire pour que ce l'on donne et partage avec l'autre, ce qui nous concerne personnellement dans nos émois, demeure une activité qui fait partie du travail institutionnel ?

Prendre soin est un positionnement complexe mouvant et émouvant, oscillant entre sujet et objet de soin, proximité et distanciation, respect et déni, pouvoir et dépendance, interrogeant en permanence le sens (ou non sens du travail) d'accompagnement.

Cela n'est possible que par la mise en mots des éprouvés sensorimoteurs (traduire le non verbal en verbal) par l'accompagnant, dans le cadre de la séance. Cette parole étant elle-même inscrite dans la pensée collective institutionnelle.

Le bain de langage doit s'ajuster de manière pertinente à l'enveloppe de sensations pour affirmer/confirmer une identité sécurisante. C'est l'adéquation de l'enveloppe verbale à la contenance corporelle, inscrite dans un cadre institutionnel précis, qui deviendra porteuse de sens pour le sujet.

À cette condition seulement, l'accompagnement Snoezelen peut devenir une médiation thérapeutique et opérante à part entière.

Olivier Quentin 6 Mars 2016

SNOEZELLEN ET LA COMMUNICATION DYNAMIQUE NON DIRECTIVE®

Line Berbigier Eschautz, certifiée par l'association internationale snoezelen, présidente de l'association française snoezelen affiliée à l'ISNA. Cadre formatrice, auteur du livre « Snoezelen, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive ®, conférencière.

Page facebook : Association française snoezelen

www.france-snoezelen.fr

Sortie de mon prochain livre sur la pratique snoezelen dans le milieu du handicap, de l'autisme, de la petite enfance et de la gériatrie prévu fin 2017.

Snoezelen est un néologisme issu de deux verbes hollandais, snuffelen qui signifie : sentir, flairer ou humer et doezelen : estomper, adoucir, donc une idée de calme, de détente. Le concept Snoezelen a vu le jour dans les années 70, grâce à deux professionnels travaillant auprès de personnes handicapées dépendantes : Ad Verheul, et Jan Hulsegge.

Vivre une séance snoezelen, c'est s'échapper du temps institutionnel sans avoir à sortir. Partager un temps relationnel privilégié; temps d'échanges où le respect des rythmes, des envies du patient est primordial. S'offrir un voyage dans les mémoires olfactives, tactiles, auditives et visuelles et parfois gustatives sans être pour cela un atelier mémoire. Le but ? Restaurer et renforcer la notion de territoire psychocorporel par un vécu immédiat en stimulant le champ perceptivo-sensori-moteur. Dans cet espace, toutes recherches de performances corporelles et fonctionnelles sont absentes ; les systèmes de défense et les automatismes négatifs diminuent d'intensité. L'anxiété fait place à la détente et au confort.

Snoezelen doit favoriser des temps de relation privilégiée-plaisir partagé, découverte- stimulation sensorielle, confort-relaxation avec pour objectifs majeurs le maintien des acquis, le décodage des comportements, la diminution des automatismes de défense, d'anxiété, d'agressivité, l'atténuation des douleurs, l'accompagnement de la fin de la vie.

Snoezelen et la CDND® sont des outils pour tous ceux qui sont dans le désir de redonner du sens à la vie de ces patients dans le respect et jusqu'à leur dernier souffle.

A l'heure actuelle en gériatrie, le manque de temps et de personnel, l'aggravation des pathologies favorise la pratique au chevet de la personne. Line Berbigier Eschautz a développé SNOEZELLEN EVOLUTION®, une pratique itinérante hors salles souvent trop coûteuses. La séance peut se dérouler dans une chambre (soins palliatifs, soins infirmiers, toilette), dans un lieu de vie (animation de petits groupes) ou dans un espace prévu et aménagé. Lors des formations, les stagiaires apprennent à fabriquer leur propre matériel.

Les soignants adhèrent largement à cette technique du Care ou prendre soin. Une formation adaptée est indispensable si l'on veut baisser l'anxiété, modifier la communication comportementale et redynamiser les équipes. A l'unité cognitivocomportementale du CHU de Nîmes j'ai formé l'équipe à la pratique Snoezelen et la CDND® au quotidien ainsi que 200 soignants (AS, Infirmiers, médecins, cadres, psychologue) à la pratique de la toilette multisensorielle snoezelen ainsi qu'aux soins et à l'accompagnement de la fin de la vie. Chaque séance est pensée en fonction du patient.

Snoezelen est utile à tous les âges de la vie et le personnel des crèches sont très demandeurs.

Snoezelen est une thérapie non médicamenteuse est répond aux orientations nationales française.

Notre appareil sensoriel sert de boussole et génère en nous émotions et ressentis : la fameuse « Madeleine de Proust »... Dans son livre « L'erreur de Descartes » Odile Jacob 1994, Antonio R.Damasio démontre qu'une émotion forte nous marque de façon viscérale souvent de manière cachée, développant notre capacité d'intuition. Nos sens nous renseignent sur l'état de dangerosité de notre environnement. Une odeur de gaz déclenche une émotion assez puissante pour nous faire agir au quart de tour ! Des années d'expériences, de principes d'éducation, de croyances, colorent de manière personnelle chaque émotion. La peur ou la joie tout en informant notre système hormonal, développent en nous des sentiments d'intensités variées.

Lors d'une séance Snoezelen, les perceptions sensorielles multiples font naître sentiments, émotions positives sans pour cela passer obligatoirement par la conscience. Nous stimulons de manière douce tous les sens : musique calme ou attractive, senteurs légères et adaptées, projection d'images ou de formes colorées sur le mur, objets tactiles divers ou toucher-massage des mains. Il ne s'agit pas d'une rééducation sensorielle, mais bien d'une immersion sensorielle positive. L'attitude de l'accompagnant est déterminante pour créer une atmosphère de réassurance. Le patient parfois prostré et mutique, s'éveille, retrouve le sens de soi, répond. Pour Damasio l'émotion serait une sorte de stimulant cognitif.



In <http://goo.gl/zzaaNc>

La Communication dynamique non directive®, la CDND®, est la synthèse de 30 ans de terrain auprès d'un public varié et de nombreuses formations que j'ai suivies : la sophrologie et différentes techniques de relaxation, l'art et la danse thérapie, la communication et l'Ecole de Palo Alto, la thérapie centrée sur la personne de Carl Rogers, la thérapie cognitive comportementale et la démarche émotivo-rationnelle d'Albert Ellis, la gestion du stress, la maladie d'Alzheimer, les traitements de la douleur, l'accompagnement de la souffrance

de la fin de la vie...

L'intention de la CDND® est double. Dans un premier temps il s'agit de soutenir le soignant en revalorisant la pratique du prendre soin ; en proposant une gestion des émotions, du stress et donc des conflits afin d'éviter le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (Burn-Out). Dans un deuxième temps l'objectif est d'aider le patient dépendant ou en fin de vie à réinvestir son territoire identitaire. Ce processus nécessite l'adhésion et l'implication des professionnels cherchant à redonner du sens à leur pratique et se déploie en 4 phases : prise de conscience de l'état de stress sur son lieu de travail, présence active, compréhension empathique, observation dynamique.

La présence active (conscience de soi et communication non verbale) évite les projections qui maintiennent le malade dans la dépendance. La compréhension empathique nous met en résonance avec les émotions vécues par l'autre. Loin des projections et des interprétations, il s'agit de comprendre la charge émotionnelle des mots prononcés, mots-médiateurs entre le monde des émotions, des sentiments et le monde environnant. L'observation n'est pas une évaluation ni un jugement, mais bien un temps vécu et partagé avec une lecture des attitudes corporelles du patient. Selon l'Ecole de Palo Alto, 96 % de la communication passe par l'intonation de la voix et par le corporel, 4% par la compréhension des mots. La tonicité musculaire, la respiration, la couleur de la peau, la position du corps sont autant d'indicateurs sur l'état émotionnel de chacun.

En Communication dynamique non directive®, nous pratiquons ce que Carl Rogers nomme le « regard positif inconditionnel ». Carl Rogers a développé une approche centrée sur la personne et non uniquement sur la pathologie. Chaque être humain porte en lui les traces de son vécu, ses souffrances. Chaque malade atteint de démence sénile de type Alzheimer a sa propre trajectoire et ne peut pas être résumé au simple énoncé d'une pathologie. Le regard positif inconditionnel n'est pas une évaluation positive mais un regard global sur ce que chacun vit dans l'instant et sans jugement.

Lors d'une séance avec une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer devenue mutique, nous regardions projeté sur le mur de la salle un paysage de campagne : un champ ondoie sous le vent quand soudain une abeille survole les blés. Sortant de son silence, Mme D. m'explique que nous ne pourrions pas vivre sans les abeilles, leur disparition entraînerait la pénurie de fleurs et donc de fruits ! Son mari était agriculteur. Il est très fréquent lors d'un accompagnement en CDND® et Snoezelen que des malades retrouvent l'élan, l'envie d'un véritable échange. L'affectivité se joint à l'effectivité pour qu'une rencontre singulière se dévoile.

Cas pratique accompagnement de la fin de la vie, extrait de mon livre « Snoezelen, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive® » commenté par le Docteur Mariane Taillandier : Monsieur R.

« M.R, d'un caractère vindicatif, un visage expressif, de l'humour, était atteint d'une démence vasculaire qui s'est aggravée très rapidement. Il est resté moins d'une année dans notre établissement. Il est devenu grabataire et a eu des escarres au niveau du sacrum suite à une hanche bloquée (il avait toujours refusé l'opération). Pour essayer d'améliorer la relation avec les soignants (il était très opposant), des séances snoezelen furent mises en place, la plupart du temps pendant la toilette en présence de l'infirmière. Il criait moins et devenait plus paisible même lors des pansements : il semblait apprécier cet échange. La mobilisation de la hanche était assez douloureuse et l'ambiance snoezelen a facilité le pansement. Une autre séance fut mémorable. Elle se déroula en deux temps. Un temps de préparation snoezelen dans la chambre : lumières douces, musique adaptée, parfum léger. Puis pendant quinze minutes des mots explicatifs de la part des soignantes, un toucher Multi Sensoriel des mains et des pieds. Dans un deuxième temps, après une courte pause, les soignantes reprennent leur activité de toucher-massage snoezelen pour la toilette. L'infirmière, spectatrice de la séance de préparation et de la séance-toilette a été émotionnellement très touchée par l'ambiance paisible qui régnait alors dans la chambre de Monsieur R. Il faut noter que les soignantes sont très engagées dans la démarche de soins en séance snoezelen.

En fin de vie, une séance fut organisée en présence de l'une de ses filles, très touchée par des deuils répétitifs quelques temps auparavant. Nous lui avons proposé de venir découvrir une séance snoezelen pour lui permettre de comprendre qu'elle pouvait laisser partir son père mourant. Elle avait avec lui une relation très forte. Au cours de cette séance snoezelen, qu'elle honorait de sa présence malgré ses souffrances vis à vis de la mort, les soignants ont senti que la fille de Monsieur R. « lâchait », qu'elle acceptait qu'il parte.

Tout le monde est ressorti de cette séance, le personnel, la famille, complètement convaincu de la justesse de cette séance et de la justesse des séances dans ces cas-là. Effectivement les séances snoezelen sont programmées en cours de vie mais aussi en fin de vie parce qu'il semble qu'il se produit quelque chose de plus fort encore à ce moment précis : cela autorise dans la paix à accepter la mort proche de son parent. Une personne doit se ressentir pleinement vivante, entière avec une plénitude physique et affective pour permettre à l'autre de prendre la décision de partir : tout est accompli, tout est dit et pour la fille de Monsieur R. ce fut un moment décisif. 48 heures après il s'en est allé. Ce sont des moments rares d'une intensité de vie et d'humanité qui sont merveilleux à partager. Ce sont des moments d'unité où l'on vit une harmonie enrichissante pour tous, aussi bien le personnel que la famille. Nous ressentons une sorte de vibration spéciale, comme de la grâce. Partager cette grâce donne de la force et de la confiance pour continuer notre métier. Les familles le sentent, ce qui les apaise énormément vis à vis de toutes les projections d'angoisse face à la mort. Nous sommes animés d'une certaine paix car nous savons qu'en tant que soignants nous pouvons vivre de beaux moments même dans un accompagnement de fin de vie.

Ceci vaut également pour des personnes insuffisantes respiratoires qui ont souvent très peur de mourir étouffées. En fait il faut savoir que la respiration devient de plus en plus faible et légère jusqu'à arriver avec douceur au dernier souffle. »

line.eschauzier@sfr.fr

ABORDAGEM SNOEZELLEN EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

The *Snoezelen* method of multisensory stimulation has been the subject of increased interest and significantly enlarged its realm of applications in recent years. Despite this growing popularity, questions remain over its ability to produce beneficial effects outside the sessions' timeframe, the sort and extent of those effects, or the legitimacy of imputing them to the method rather than to unspecific reactivity. This situation signals a gap between the widespread recognition enjoyed by the technique and its empirical evaluation, which seems to lag behind.

This work is aimed at contributing to reduce this gap by means of two empirical studies. Study 1 attempted to assess the effect of *snoezelen* interventions on the daily well-being of two groups of institutionalized elderly ($n = 10$ in each group). It rested on a reversal design alternating between weeks without (baseline: A) and weeks including *snoezelen* interventions (B). The design was of the A-B-A-B-A-B type in one group, and of the A-A-B-A-B-A type in the other group, providing distinct baselines across-groups. The core dependent variable was hedonic well-being obtained from ratings given by participants (how well they felt) on a VAS scale. An Experiential Sampling Method (ESM) was used to randomly collect ratings at multiple times each day (instantaneous utilities), in addition to weekly ratings concerning overall satisfaction during the week (remembered utilities).

Study 2 sought to compare the functional representations of *snoezelen* effects between a sample of institutionalized elders ($n = 29$) familiar with *snoezelen* programs and a sample of caregivers with ($n = 15$) and without ($n = 17$) experience of *snoezelen* interventions. Information Integration Theory was the methodological framework. Participants were presented with vignettes depicting a fictitious elder attending a *snoezelen* program, and rated the effects of the program on the daily well-being of the character. The vignettes specified the age (below/above 80) and functional autonomy (none, moderate, high) of the elder, whether he/she partook in other activities, and the number of weekly sessions (1 to 3). Taken together, they implemented a repeated measures factorial design with 36 conditions.

Data of Study 1 disclosed an increasing trend of instant hedonic well-being all along the six weeks. No effects of reversals between baseline and intervention were found. This was true also for a number of supplementary behavioral and physiological measures taken at the same occasions. A significant reduction in the ratings variance was found in type-B weeks, suggesting a more stable hedonic tone. Except for this, evidence appeared overall more favorable to participants' reactivity to the study than to a specific effect of interventions. These outcomes remain nevertheless inconclusive, being conditional to the acceptance that a one-week alternation period is adequate and that *snoezelen* effects are subject to reversals, which needs checking in further studies.

Remembered utilities also showed no reversals and were systematically higher than instantaneous evaluations. This indicates that weekly ratings of well-being overestimate experienced uti-

lities. Differently from what the peak-end model of aggregation of instant utilities would lead to predict, a peak model was more in line with the results, revealing duration neglect except for the moment of the highest (peak) experienced utility.

Data analysis in Study 2 rested on the inspection of factorial patterns and on repeated measures ANOVAS. Comparisons concerned (1) the general attitude towards the *snoezelen* (i.e., the mean estimated benefit), (2) the representation of how the several factors in the vignettes jointly determine the estimated benefit (functional representation), and (3) the ordering of importance of these factors. The general attitude was favorable in all groups, but more so among the elders and, within them, among those with a lower record of monthly visits. The functional representation was mainly stable across groups, yet more similar between the elderly and the caregivers with direct experience of interventions. Disagreements concerned mainly the effects of age and other activities. To the elderly, having more age and not partaking in other activities significantly lessened the rated benefits; to the caregivers, these factors had no effect, while displaying an opposite trend. In all groups, functional autonomy was the most important factor and age of very little importance. Frequency of the sessions was the next most important factor for caregivers, but of little concern to the elderly, which valued above it



partaking in other activities. A suggested synopsis of the findings is that the representation of *snoezelen* efficacy in the elders is closer to a psychosocial model of care (in which the *snoezelen* potentiates/is potentiated by surrounding factors) than to a medical model focused on impairment and dosage/frequency issues.



Amélia Martins Snoezelen

(resumo tese de Doutoramento)

Aguardamos a vossa participação - Ci aspettiamo la vostra partecipazione

Esperamos vuestra participación - On attend votre participation

Contacts

ameliacsp@gmail.com - ionitaingridsantina@yahoo.it - juangcastillor@gmail.com - Elisa Snoezelen (<https://goo.gl/>)