

Stabiliser versus confronter

Thomas Maier

Différentes approches thérapeutiques sont recommandées pour la prise en charge de l'état de stress post-traumatique. Les directives et les preuves donnent des indications quant au choix de la démarche la plus adaptée. Mais qu'est-ce qui est vraiment utile?

Afin de traiter efficacement les patients souffrant d'un état de stress post-traumatique, il convient tout d'abord de poser un diagnostic correct. Étant donné que des termes tels que «trauma», «trouble post-traumatique» et «état de stress post-traumatique» sont de plus en plus employés, et souvent de manière inexacte, il est indispensable de procéder à un examen approfondi des patients et de discuter avec eux du diagnostic. Toute personne a vécu des événements éprouvants au cours de sa vie. Le caractère traumatique d'un événement en revanche dépend de multiples facteurs: expérience de vie individuelle, traumatismes antérieurs, vulnérabilité, résilience, disposition génétique, cadre social, nature de l'évènement, atteinte somatique, pertes objectives subies ainsi que circonstances concrètes de la situation péri- et post-traumatique.

Dissociation péri-traumatique

Au cœur du traumatisme, l'expérience de l'impuissance, la détresse, l'inexorable fatalité (la mort imminente par exemple). En anglais il est fait usage de l'expression «mental defeat» pour caractériser ce moment précis d'abandon de soi. Une situation vécue comme étant aussi menaçante ne peut être supportée qu'à condition que – par intermittence au moins – intervienne un clivage de la pensée et du ressenti et que la personne puisse ainsi se soustraire à la situation réelle. Cette dissociation péri-traumatique – qui est, dans un premier temps, un mécanisme assurant la survie – est le point de rattachement pour les symptômes ultérieurs. Les symptômes les plus caractéristiques de l'état de stress post-traumatique sont ceux qui sont rassemblés par l'expression «syndrome intrusif»: des intrusions, des flashbacks, des cauchemars. La reviviscence répétitive et intrusive de la situation traumatique peut être interprétée comme une tentative d'assimilation et de classement dans la mémoire de ces moments de la situation traumatique dont la personne, du fait de la dissociation

post-traumatique, ne se souvient que de par fragments et de manière incomplète.

Néanmoins, la majorité des personnes traumatisées ne souffrent pas uniquement de cette reviviscence, de l'émotivité accrue et de l'attitude d'évitement associées. S'y ajoutent très souvent des symptômes dépressifs, de l'anxiété, des douleurs somatoformes, une dépendance aux substances et divers autres phénomènes psychopathologiques. Une irritabilité accrue conduit à des problèmes relationnels, des

Au cœur du traumatisme, l'expérience de l'impuissance, la détresse, l'inexorable fatalité.

troubles de la concentration entraînent des difficultés d'apprentissage, et des crises identitaires et dilemmes moraux («moral injury») sont à l'origine de souffrances chez les patients et leurs proches. Aujourd'hui, certains troubles de la personnalité (notamment du cluster B) sont inclus dans les troubles résultant du traumatisme au sens strict. En réalité, la quasi-totalité des patients présentant des troubles chroniques ou récidivants de type angoisse, dépression, troubles somatoformes, dépendance et troubles de la personnalité a vécu des événements traumatiques au cours de sa vie. Il faut prendre en considération le fait que selon la phase de développement, au cours de laquelle un individu est exposé à des influences potentiellement traumatiques, des conséquences psychiques graves relatives au traumatisme peuvent également se développer sans événements extérieurs spectaculaires. Dans l'enfance, ce sont en premier lieu les traumatismes de l'attachement, c'est-à-dire la rupture d'un lien d'attachement essentiel, qui peuvent revêtir une nature traumatique.

Traumatisme et statut de victime

Tous les patients présentant un état de stress post-traumatique ou un trouble traumatique autre n'acceptent pas aussi facilement de porter l'étiquette du

«traumatisme». En réalité, un traumatisme n'est pas tant un fait objectif qu'il convient d'identifier ou de réfuter, mais plutôt un modèle explicatif de différents états de souffrance. Ainsi, le traumatisme est surtout devenu un modèle explicatif populaire et couronné de succès, car il permet d'établir un lien causal direct. C'est justement en cas de troubles psychiques que la recherche du motif, de la cause, de l'explication est souvent un besoin urgent que mani-

Que signifie «confrontation avec le souvenir lié au traumatisme déclencheur» ou «élaboration de souvenirs traumatiques fixés et de fragments sensoriels»?

festent les patients, les proches et les soignants. Attribuer ses symptômes psychiques à un événement extérieur permet une prise de distance, une externalisation et libère du soupçon d'une cause interne. En revanche, la pose du diagnostic de «traumatisme» ne

traduit généralement pas la véritable complexité d'une expérience, et tous les patients ne sont pas prêts à se voir comme victimes de circonstances externes. Ce sont justement les personnes ayant un sentiment de cohérence élevé qui sentent intuitivement que l'identification au statut de victime peut également être une impasse et qu'elles préféreraient interpréter leur histoire de la perspective du sujet acteur. Par conséquent, les thérapeutes doivent toujours présenter le concept de «traumatisme» comme une suggestion de modèle explicatif commun et non pas comme une vérité établie. Un traitement efficace n'est possible que lorsque le patient et le thérapeute s'entendent sur la nature du problème. Souvent, les personnes traumatisées souffrent principalement de difficultés dans leur réalité de vie objective et actuelle et considèrent des expériences traumatiques antérieures comme des problèmes à traiter plus tard. Une situation de séjour incertaine, la pauvreté, les conséquences corporelles des traumatismes, l'isolement social, l'absence



de soutien de la part des membres de la famille, ainsi que l'impunité des coupables sont des thèmes ayant souvent un poids bien plus important dans le vécu du patient que les expériences traumatiques mêmes. Du point de vue psycho-traumatologique, le rétablissement de la sécurité, à laquelle appartiennent aussi la sécurité sociale, économique et juridique, est justement une condition préalable à l'initiation d'une thérapie spécifiquement orientée sur le traumatisme.

Stabiliser versus confronter?

Dans les directives de traitement S3 relatives à l'ESPT (état de stress post-traumatique) de la *Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie* [1] ces points sont aussi pris en considération. La recommandation 5 évoque ainsi la perturbation du contrôle des affects et des impulsions, retrouvée chez des nombreux patients, qui demande un examen approfondi et un plan thérapeutique adapté associé à une stabilisation préalable. À ce stade déjà apparaît la controverse relative au thème stabiliser versus confronter, qui a suscité de vives tensions parmi les professionnels au cours de ces dernières années. Alors que les uns mettent en avant le renforcement du Moi et l'activation des ressources par la stabilisation, et souhaitent ainsi aider les patients à surmonter le traumatisme [2], d'autres y voient au contraire un comportement d'évitement collusif et acceptent uniquement les approches thérapeutiques confrontatives et orientées sur le traumatisme comme étant le chemin vers la rémission [3]. Comme souvent, la réponse juste est probablement «ça dépend».

La confrontation du patient avec le souvenir du traumatisme déclencheur dans un cadre thérapeutique, avec pour objectif d'intégrer les fragments de souvenirs dissociés, est sans aucun doute une norme basée sur les preuves vers laquelle toutes les approches thérapeutiques devraient tendre. Comme souvent, dans le domaine de la thérapie de l'ESPT aussi il existe des manuels portant sur des approches thérapeutiques comportementales largement étudiées et dont les effets sont considérables. En revanche, leur validité externe est diminuée du fait que ces approches soient généralement testées dans des cas non compliqués de patients ne présentant que peu de comorbidités, avec une intégration sociale maintenue et possédant de bonnes compétences langagières. Ainsi, les thérapeutes spécialisés dans les traumatismes ne peuvent habituellement pas utiliser tels quels ces procédés présentés dans les manuels, il leur faut adapter l'ap-

proche dans un sens ou dans l'autre à la situation concrète de leur patient. Les directives S3 s'accordent également sur ce point (recommandation 11, [1]).

Que signifie «confrontation avec le souvenir lié au traumatisme déclencheur» (recommandation 8 de la directive S3) ou bien «élaboration de souvenirs traumatiques fixés et de fragments sensoriels» (recommandation 9 de la directive S3)? Les souvenirs non intégrés qui, dans la phase de dissociation péri-traumatique, n'ont pas été classés de manière ordonnée dans la mémoire biographique, sont la source des intrusions qui torturent les patients, de l'émotivité accrue ainsi que du comportement d'évitement qui en résulte. Au lieu de cela, ils hantent la conscience des per-

La thérapie de patients dans un état de stress post-traumatique est un domaine qui apporte une grande reconnaissance.

sonnes traumatisées sous forme de fragments de souvenirs isolés sans rapport avec d'autres contenus psychiques. Ils sont activés par des stimuli déclencheurs et réactivent alors soudainement l'angoisse et l'horreur de la situation traumatique. Ces fragments isolés doivent être reliés aux pensées restantes et aux souvenirs biographiques et être transformés en contenu de pensée habituel. Pour ce faire, le patient doit reconstruire minutieusement la situation traumatique aussi bien dans les détails que dans le contexte plus vaste. Ceci peut se faire de différentes façons et à des rythmes variables. Le thérapeute doit, au préalable, expliquer clairement au patient ce qui va être fait, pourquoi et comment. C'est seulement après cette explication claire du raisonnement thérapeutique qu'il sera possible de procéder à cette forme de confrontation du traumatisme. Selon le manuel et l'approche, il convient d'insister sur des aspects différents.

Exposition, narration et transfert

La norme de référence en matière de psychothérapie de l'état de stress post-traumatique est, dans certains cas, le procédé d'exposition prolongée (*prolonged exposure*, ou PE) de la chercheuse en psychothérapie et thérapeute comportementale américaine Edna B. Foa [4]. Foa insiste sur une exposition *in sensu* minutieuse par réminiscence si possible intensive et prolongée. Le thérapeute doit reconduire le patient aussi près que possible de la situation traumatique, de manière aussi prégnante que possible, en évitant bien évidemment d'en arriver à un point de dissociation.

L'objectif est une habitude aux émotions qui surviennent dans ce contexte par l'exposition répétée et prolongée. Une exposition similaire en termes d'intensité fait également partie d'une méthode qui peut paraître singulière au premier abord mais qui aboutit à des réussites, la *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) de la psychologue américaine Francine Shapiro [5]. Dans l'EMDR, les patients, guidés par le thérapeute, réalisent des mouvements d'horizontalité oculaire qui constituent un exercice qui peut être pratiqué entre les séances d'exposition *in sensu*. Le mode d'action des mouvements oculaire demeure inexplicé, et les explications neurophysiologiques avancées sont purement hypothétiques. L'EMDR obtient des résultats tout aussi bons qu'avec les approches de thérapie comportementale sous forme de *prolonged exposure*, probablement en raison de l'exposition très structurée et intensive.

La méthode de la *narrative exposure therapy* (NET), plus récente, a également été étudiée de manière approfondie. Elle s'avère plus particulièrement efficace pour les patients ne répondant pas aux critères académiques de laboratoire [6]. La NET est basée sur une exposition plutôt tangentielle par la narration du récit du traumatisme par le patient. L'objectif de cette narration n'est pas tant une abréaction cathartique ou une habitude à l'angoisse par l'insistance persévérante du thérapeute, mais plutôt le récit d'un témoignage. Le récit du patient est noté par écrit par le thérapeute puis délivré au patient. Le traumatisme prend ainsi une forme concrète, devient une histoire à raconter et perd son pouvoir inquiétant de secret passé sous silence. La NET peut également être employée dans des contextes de guerre et de catastrophe par des non-professionnels y ayant été formés et permet ainsi le traitement rapide d'un grand nombre de victimes de traumatismes.

La méthode de la *brief eclectic psychotherapy for ESPT* (BEPP) aborde plus spécifiquement le problème de l'interprétation et de la place des expériences traumatiques dans l'histoire de la vie du patient [7]. Le manuel a été rédigé par le chercheur en traumatologie et psychiatre néerlandais Berthold P.R. Gersons et cette approche s'oriente, après une phase initiale d'exposition, sur le classement sensé des événements dans la biographie. Cette courte thérapie de 20 heures s'achève par un rituel de conclusion et le traumatisme est ainsi laissé derrière soi de manière symbolique.

Lorsque, dans la thérapie avec les patients atteints d'ESPT, l'exploration dépasse les seuls symptômes de reviviscence et que le tableau symptomatique post-traumatique est considéré comme l'expression d'une faiblesse acquise du Moi associée à des troubles du

contrôle des affects et des impulsions ainsi que des mécanismes de refoulement immatures tels que le clivage, d'autres méthodes thérapeutiques émergent fatalement. Afin d'identifier et de résoudre le clivage en tant que modèle pathologique dans le fonctionnement psychique des traumatisés, les outils de la psychothérapie structurée, tels que développés par Rudolf, s'avèrent pertinents [8]. Le transfert et le respect de la remise en scène de situations traumatiques par le patient dans la thérapie sont des aspects essentiels qui peuvent être utilisés par les thérapeutes. Ce sont justement les procédés actifs, employés par les thérapeutes en traumatologie dans les méthodes confrontatives, qui offrent la possibilité de répéter les répartitions des rôles, caractéristiques des situations traumatiques. Par conséquent, les thérapeutes en traumatologie doivent toujours, même en cas d'application d'interventions basées sur un manuel et sur les preuves, garder à l'esprit le processus de transfert et, si besoin, adapter l'approche à la situation individuelle du patient.

Bilan pour la pratique

La thérapie de patients dans un état de stress post-traumatique est un domaine qui apporte une grande reconnaissance, car les interventions ciblées permettent généralement un bon contrôle des symptômes primaires. L'intégration de fragments de souvenirs isolés à la mémoire biographique normale est l'objectif des interventions psychothérapeutiques. Étant donné que les caractéristiques individuelles ainsi que le modèle pathologique subjectif jouent un rôle clé, l'approche concrète doit toujours être adaptée à chaque patient, de manière individuelle.

Références

- 1 Flatten G, et al. S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie). *Trauma & Gewalt*. 2011;3:202-210; online: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-03.pdf
- 2 Reddemann L. Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual. 6. Auflage. Stuttgart: Klett Cotta; 2011.
- 3 Neuner F. Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*. 2008;18:109-118.
- 4 Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO. *Handbuch der prolongierten Exposition: Basiskonzepte und ihre Anwendung – eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau: G. P. Probst; 2014.
- 5 Shapiro F. *EMDR – Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann; 2012.
- 6 Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- 7 Gersons BPR, Schnyder U. Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21369
- 8 Rudolf G. *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer; 2009.

Correspondance:
Dr Thomas Maier
Zürcherstrasse 30
9501 Wil
thomas.maier[at]
gd-kpdw.sg.ch