

Pierre Orban

Préface de **Martine Bouvard**

Psychothérapies pour le trouble du stress post-traumatique

Exposition prolongée • Retraitement cognitif
Thérapie cognitive du TSPT • EMDR

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083645-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Merci aux Professeurs François Nef, Pascale Brillon et Pierre Philippot pour leurs retours critiques et leurs encouragements qui m'ont aidé dans l'écriture de ce livre.

Un merci particulier au Professeur Martine Bouvard pour ses relectures, ses conseils minutieux, et ses critiques exigeantes qui ont permis d'améliorer significativement l'ouvrage.

Merci aussi à Clémence, à ma grand-mère et à ma maman pour leur soutien indéfectible durant ce parcours.

Table des matières

PRÉFACE XIII

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE

PRÉSENTATION DU TSPT ET DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES DISPONIBLES

1. Prévalence et définition du trouble du stress post-traumatique	5
Qu'est-ce que le trouble du stress post-traumatique ?	5
L'événement ou les événements traumatique(s)/traumatisant(s)	6
Les symptômes intrusifs	6
Les manifestations d'évitement	7
L'altération négative des cognitions et de l'humeur	7
Les réactions neuro-végétatives	9
La durée depuis le trauma	9
Les facteurs à risque	10
Les TSPT complexes	11
Les TSPT avec dissociation	12
2. Les traitements du stress post-traumatique	13
L'EMDR comme traitement validé	13
Les psychothérapies recommandées internationalement pour le TSPT	14
Les études portant sur l'efficacité des traitements du TSPT	15
Les psychothérapies du TSPT plus efficaces que la médication	16

Les effets à long terme des psychothérapies pour le TSPT	19
D'autres indicateurs thérapeutiques dans le futur ?	19
Une validation qui porte sur le TSPT : pas d'exception pour l'EMDR	20
Une psychothérapie validée et humaine ?	21
3. Les mécanismes thérapeutiques des traitements pour le TSPT	23
Les mécanismes actifs des traitements efficaces centrés sur le trauma	23
Les facteurs thérapeutiques des traitements <i>bona fide</i>	23
Les facteurs communs centrés sur le trauma	24
<i>L'activation volontaire de la mémoire traumatique, 24 •</i>	
<i>La contextualisation spatio-temporelle, 25 • Le recours aux zones frontales pendant la centration sur le trauma, 27 • L'intervention structurée sur les cognitions négatives liées au trauma, 28 •</i>	
<i>La prévention des évitements expérientiels liés au trauma, 29 • La double attention lors de la centration sur le trauma en EMDR, 31</i>	
4. Pour un diagnostic étendu du TSPT dans la pratique	35
Pourquoi se limiter aux événements retenus par le DSM-5 ?	35
Quel traitement pour les traumas exclus par le DSM-5 ?	37
<i>Transposer les traitements pour le TSPT, 37 • Évaluation de l'extension des traitements pour le TSPT, 37</i>	

DEUXIÈME PARTIE

PSYCHOTHÉRAPIES POUR TRAITER LE TSPT

<i>INTRODUCTION</i>	43
5. Diagnostiquer le TSPT	47
Analyser la demande	47
Évaluer le TSPT	47
Information sur les symptômes	49
6. Facteurs de précaution à aborder avant le traitement	51
Les comorbidités	52
<i>Troubles anxieux et trouble dépressif majeur, 52 • Trouble bipolaire de l'humeur, 52 • Consommation de substances psychotropes, 52 •</i>	

<i>Troubles psychotiques, 53 • Troubles de la personnalité borderline, 53 • Troubles des conduites alimentaires, 54 • Troubles dissociatifs, 54</i>	
Gestion émotionnelle et prévention des comportements à risque hors des séances	55
<i>Évaluer le risque suicidaire, 55 • Évaluer les risques d'automutilation, 56 • Envisager la gestion de la détresse hors des séances, 57</i>	
Précautions dans le cadre des séances	57
<i>Proposer un signal d'arrêt, 57 • Évaluer la détresse du patient pendant la séance, 57 • Avoir des techniques de gestion de la détresse, 58 • Évaluer la confiance et la sécurité dans la relation thérapeutique, 59</i>	
Environnement et santé	60
<i>Évaluer l'hostilité de l'environnement du patient, 60 • Tenir compte de l'état de santé physique du patient, 60</i>	
Précautions légales et déontologiques	61
<i>Rester prudent en cas de manque de souvenirs clairs ou insuffisance de souvenirs de l'événement traumatique, 61 • S'informer sur les procédures légales en cours, 63</i>	
7. L'index traumatique	65
Une étape incontournable	65
Identifier le type de traumatisme	66
La technique des « paquets » pour les TSPT de type II	67
Ce que l'index traumatique n'est pas	68
Des événements traumatiques associés	68
8. La sélection du trauma à cibler	71
Critères de sélection	71
Les dangers de l'index traumatique et du plan de ciblage en EMDR	72
S'informer sur le trauma ciblé	75
9. L'exposition prolongée	77
Développement	77
Présentation du traitement	77
Les expositions <i>in vivo</i>	79
L'exposition en imagerie	81
Le débriefing	84

La troisième session et les sessions suivantes	86
Le travail sur les points chauds (<i>hot spots</i>)	86
Validation	87
10. La thérapie du retraitement cognitif (CPT)	89
Développement	89
Plan général du traitement	90
Étape 1 : évaluations et interventions avant la restructuration cognitive	90
Étape 2 : Exercices d'identification des CD	92
<i>Les croyances sur l'événement, 92 • Les suites</i>	
<i>déclencheur – pensée – émotion (ou suites ABC), 95 • Le journal</i>	
<i>des CD, 95</i>	
Étape 3 : Compte rendu écrit du trauma (optionnel)	96
Étape 4 : le dialogue socratique	97
Étape 5 : les fiches de challenge des CD	99
Étape 6 : la présentation des styles de pensées dysfonctionnelles	100
Étape 7 : la fiche finale de restructuration cognitive	101
Étape 8 : les thématiques des CD	102
Étape 9 : clôture	102
Validation de la CPT	103
11. L'EMDR	105
Développement	105
Séances de préparation : le plan de ciblage	106
Présentation du traitement	108
Séance de début du mouvement oculaire	108
Difficultés possibles et solutions	113
<i>Les blocages, 113</i>	
Séances 2 et suivantes jusqu'à la clôture	113
Les étapes et procédures post-retraitement oculaire	113
Validation	115
12. La thérapie cognitive pour le TSPT selon Ehlers et Clark	117
Présentation de la thérapie cognitive pour le TSPT	117

Les interventions de la thérapie cognitive pour le TSPT	118
<i>Reconstruire son quotidien, 118 • Mettre à jour la mémoire traumatique, 118 • S'entraîner à la discrimination des déclencheurs d'intrusions, 121 • Revisiter le lieu du trauma, 122 • Modifier les habitudes cognitives et comportementales dysfonctionnelles, 122</i>	
Validation de la TC pour le TSPT	124

TROISIÈME PARTIE

AMÉNAGEMENTS PRATIQUES À DESTINATION DES PRATICIENS

<i>INTRODUCTION</i>	127
13. Méthodes supplémentaires pour gérer le <i>looping</i> en EMDR	129
Interventions en cas de <i>looping</i> selon le protocole EMDR	129
Propositions d'interventions supplémentaires en cas de <i>looping</i>	130
14. Les méthodes complémentaires de restructuration cognitive	135
La restructuration cognitive dans les traitements pour le TSPT	135
Les techniques de restructuration basées sur le dialogue	136
<i>Identifier les arguments de la CD, 137 • Apporter des clarifications, 137 • Informer, 138 • Changer la perspective, 139 • Émettre des contre-arguments à l'argument CD, 140 • Reconnaître l'argument CD en formulant autrement, 140</i>	
Développer une cognition réaliste	142
Restructuration cognitive centrée sur la culpabilité : approfondissement	144
<i>Clarifications spécifiques sur la responsabilité, 147 • Les biais de jugement, 148</i>	

QUATRIÈME PARTIE

EXCEPTIONS, LIMITES ET AUTRES INFORMATIONS SUR LES TRAITEMENTS D'EXCELLENCE DU TSPT

<i>INTRODUCTION</i>	155
15. Nombre, durée, format et fréquence des séances pour traiter le TSPT	157
Les recommandations actuelles	157

Allonger la durée des thérapies ?	158
Quelle fréquence pour les séances centrées sur le trauma ?	159
Commencer le traitement le plus tôt possible ?	160
Des séances individuelles ou de groupe ?	160
16. Prise en charge spécifique pour les TSPT multiples	163
Que faire quand il faut cibler plusieurs traumas ?	163
Le ciblage de l'événement pour les traumas multiples	164
La thérapie d'exposition par la narration	164
17. Prise en charge spécifique pour les TSPT dissociatifs (TSPT-D)	167
Les contre-indications thérapeutiques liées aux TSPT-D	167
Proposition de prise en charge des TSPTD-E	169
<i>Stabiliser les TSPTD-E, 170 • Réancrer les TSPTD-E, 170 • Méthode de discrimination pour les TSPTD-E, 171 • La contextualisation avec réancrage pour les TSPTD-E, 171</i>	
Proposition de prise en charge des TSPTD-amnésiques	172
18. Diminuer le taux d'abandon et augmenter l'adhésion au traitement	175
État des lieux de l'abandon en thérapie	175
Pistes pour diminuer le taux d'abandon et augmenter l'adhésion en thérapie	176
<i>Prendre le temps nécessaire pour aborder le trauma, 176 • Créer un espoir réaliste, 177 • Rester souple concernant les exercices à domicile, 177 • Rester bienveillant si le patient manque un rendez-vous, 178 • Prendre en compte la douleur du patient, 178 • Adapter les traitements aux caractéristiques des patients, 179 • Changer de stratégie thérapeutique si les symptômes s'aggravent, 179 • Prendre en compte d'autres facteurs pertinents, 180</i>	

CINQUIÈME PARTIE

COMPLÉMENTS POUR LES SYMPTÔMES POST-TRAUMATIQUES RÉSIDUELS

<i>INTRODUCTION</i>	185
19. L'approche par symptômes pour cibler les symptômes résiduels du TSPT	187
Pourquoi une approche spécifique pour les symptômes résiduels du TSPT ?	187

Une approche par items	188
<i>Les intrusions, 189 • Les évitements, 190 • Les cognitions et affects négatifs, 191 • L'anhédonie, 191 • Comportements d'externalisation, 192 • Réactions anxieuses, 192 • Réactions dysphoriques, 193</i>	
20. Les approches centrées sur le sommeil	195
La TCC-I	195
Protocoles pour les cauchemars post-traumatiques	196
21. Interventions thérapeutiques non centrées sur le trauma	199
La psychothérapie non centrée sur le trauma comme traitement	199
La médication comme traitement	201
Vers un mixte des approches centrées et non centrées sur le trauma ?	202
La combinaison de la psychothérapie et de la médication	202
<i>CONCLUSION</i>	205
<i>ANNEXES</i>	211
1. Mesures en cours de thérapie	213
2. Interview du trauma	215
3. Interview des facteurs de sécurité	217
4. Index traumatique classique	221
5. Index traumatique avec « paquets » potentiels	223
6. Tableau des CD avec cognitions réalistes	225
7. Fiche de challenge des CD	227
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	231

Préface

L'OUVRAGE DE PIERRE ORBAN est destiné aux différents professionnels prenant en charge des personnes en souffrance après des événements traumatiques. Il comprend cinq parties divisées en chapitres, les deux premières parties présentent les données de la littérature et s'appuient sur les résultats de la recherche alors que les trois autres parties reflètent plus l'expérience clinique de l'auteur, évoquant notamment les aménagements utiles aux praticiens et les compléments aux traitements d'excellence du trouble du stress post-traumatique (TSPT). Ce n'est que récemment (depuis la parution du DSM-5) que le TSPT n'est plus considéré comme un trouble anxieux et constitue une catégorie diagnostique à part entière. Ainsi il est reconnu l'importance de l'événement déclencheur des troubles et légitime le fait que les stratégies thérapeutiques seront essentiellement centrées sur l'événement traumatique.

Plusieurs arguments permettent de recommander la lecture de l'ouvrage, que l'on soit étudiant (débutant) ou thérapeute confirmé (expert). Le premier intérêt de cet ouvrage est de présenter les résultats de la recherche et des approches psychothérapeutiques répondant aux critères des thérapies empiriquement validées. Elles représentent les traitements de première intention en cas de TSPT à savoir, la thérapie par exposition prolongée de Foa (EP), la thérapie du « retraitement » cognitif de Resick (CPT), l'EMDR de Shapiro et la thérapie cognitive pour le TSPT d'Ehlers et Clark (TC). Ces quatre approches thérapeutiques sont présentées dans la seconde partie (psychothérapies pour traiter le TSPT) sous forme de quatre chapitres. Les différents programmes thérapeutiques sont rapportés tels

que conçus par leurs auteurs avec des exemples de vignettes cliniques pour illustration et complément à la description théorique. Le lecteur francophone retrouvera une description fidèle de ces quatre programmes, cependant Pierre Orban n'hésite pas à donner son point de vue et à présenter sa pratique clinique.

Le chapitre 9 porte sur la thérapie par exposition prolongée (EP) mise au point par Edna Foa. Elle est enseignée dans les programmes de formation francophones. Cependant, le *debriefing* tel que l'entend Foa (après l'exposition au récit traumatique) est parfois négligé par les thérapeutes. Le protocole de Foa demande l'exposition au récit traumatique sans que celui-ci ait été élaboré par écrit au préalable. Cependant, l'exposition à la mémoire traumatique peut se faire de manière progressive afin que le patient ne soit pas submergé à nouveau par les émotions.

La thérapie du « retraitement » cognitif de Resick et collaboratrices (chapitre 10) est peu connue du public francophone. Elle s'inscrit dans une approche cognitive et cible les croyances dysfonctionnelles acquises lors de l'événement traumatique. Dans le protocole (et donc dans le livre), le thérapeute a à sa disposition une liste de questions pour mettre à jour les croyances dysfonctionnelles (CD) au sujet de l'événement traumatique. Les CD sont reportées sur un journal qui sera renseigné et travaillé tout au long de la thérapie. Ces CD sont ensuite assouplies par le dialogue socratique avec des questions « clarificatrices ». Peu à peu, le patient apprend à les remettre en question, notamment avec le travail de mise à jour des biais de pensée ou styles de pensée dysfonctionnels (ex. penser en « tout ou rien »). Enfin, les thématiques des CD (schémas sur la sécurité ou la confiance par exemple) spécifiques au TSPT sont abordées et travaillées.

Le chapitre 11 est consacré à l'EMDR. Il faut savoir qu'en France, il est recommandé d'avoir validé une formation EMDR-France pour la pratiquer. Le lecteur de cet ouvrage trouvera une description des différentes étapes à suivre ainsi que des applications (exemples) pratiques. Pour résumer brièvement, elle consiste à exposer à une pensée négative (équivalente à la croyance dysfonctionnelle) et à désensibiliser par le mouvement oculaire. Autrement dit, elle associe une procédure de libre association avec le mouvement oculaire.

La thérapie cognitive (TC) d'Ehlers et Clark (chapitre 12) travaille sur les souvenirs traumatiques et le discours intérieur du patient. À notre connaissance, elle est également peu connue en francophonie (et donc peu appliquée). Plus précisément (et comme l'a préconisé Beck dans la dépression), la première étape est de demander au patient de retrouver des activités de loisir et de plaisir afin d'améliorer la qualité de vie avant d'aborder le travail cognitif. Ensuite, la mise à jour de la mémoire traumatique consiste à lister les moments de l'événement

traumatique les plus perturbants (« les points chauds »). Une fois que ces points chauds ont été repérés, il est demandé au patient de mettre à jour leur signification actuelle, autrement dit les croyances dysfonctionnelles associées. Ces croyances dysfonctionnelles seront discutées au cours d'un dialogue socratique et des croyances plus « rationnelles » mises à jour. Il sera alors demandé au patient de repenser à un point chaud en se répétant la croyance « plus rationnelle ». Cette technique permet en quelque sorte la « re-scénarisation » de l'événement traumatique en agissant directement sur le contenu des croyances dysfonctionnelles afin d'en modifier l'interprétation. Des exercices dans la réalité sont également réalisés demandant au patient de noter les différences entre ce qu'il se passe durant l'exercice et le souvenir traumatique. Notons que l'intervention psychologique porte sur les croyances dysfonctionnelles alors que dans d'autres protocoles, la rescénarisation porte sur l'imagerie mentale (Ceschi & Pictet, 2018). Ainsi un des intérêts « majeurs » de cet ouvrage est de mettre à la disposition des lecteurs deux prises en charge « cognitives », peu connues en francophonie, à savoir la thérapie du retraitement cognitif et la thérapie cognitive pour le TSPT. Ces deux prises en charge s'inscrivent dans la lignée des travaux de Beck, sans toutefois respecter les étapes d'une thérapie cognitive selon son modèle (mise au jour des pensées automatiques (PA), mise en question des PA, recherche des schémas (thème des PA) et assouplissement des schémas dysfonctionnels. Par ailleurs la modification des CD est plus « expérientielle » que dans l'approche décrite par Beck.

Un autre argument pour la lecture de cet ouvrage est que la première partie (présentation du TSPT et des principaux traitements psychologiques disponibles) documente notamment les principaux mécanismes thérapeutiques permettant de comprendre l'efficacité des stratégies thérapeutiques retenues (EP, CPT, EMDR et TC). Ils s'appliquent plus ou moins à chacune. Ils sont suffisamment décrits pour que le lecteur (psychothérapeute) puisse les présenter à un patient. Rappelons que cette première étape de la prise en charge (psychoéducation) est fondamentale, elle facilite l'adhésion du patient et le rend plus actif dans la prise en charge.

Pour en revenir à la partie II, avant de décrire les différentes psychothérapies, des informations sur les critères diagnostiques et l'évaluation du TSPT sont fournies ainsi que les facteurs de précaution à vérifier avant de commencer la thérapie (chapitre 6). La spécificité de la prise en charge d'un TSPT (par rapport à un autre trouble mental) est que le patient et le thérapeute déterminent un index traumatique avant de commencer le traitement (chapitre 7). L'index traumatique demande au patient de rapporter tous les événements qu'il

juge traumatiques ainsi que le niveau de détresse subjective associé à chaque événement. Cela lui permet de revoir son histoire de vie et de répertorier les événements traumatiques auxquels il a déjà été confronté en notant ceux qui restent « actifs » (niveau de détresse subjective élevé actuellement). Ainsi, l'intérêt du livre est de rappeler l'importance de la mise au point de cet index traumatique, quelle que soit la stratégie thérapeutique utilisée (EP, CPT, EMDR, TC, thérapie comportementale et cognitive). En tant que psychothérapeute d'orientation cognitivo-comportementale, je focalisais l'analyse fonctionnelle sur l'événement traumatique mis en avant par le patient. À la réflexion, ce relevé préliminaire des événements de vie jugés traumatiques pour l'individu permet de mettre en évidence des événements survenus à des âges différents et donc de mieux envisager le programme thérapeutique. Cet index incite le thérapeute et le patient à discuter des « poids » et répercussions de chacun des traumatismes relevés. Le niveau subjectif de détresse associé à chaque événement évite de traiter des « traumatismes » n'ayant plus d'impact sur la personne. « L'histoire de vie traumatique » met en évidence le retentissement encore actuel des événements traumatiques vécus. Elle permettra aussi au cours de la thérapie de lier un événement plutôt qu'un autre à une croyance dysfonctionnelle. L'index traumatique est soit simple (un seul traumatisme) soit utilise la technique des « paquets » (regroupement des différents souvenirs traumatiques par thème) en cas d'événements traumatiques multiples. Il faudra alors que le patient et le thérapeute choisissent quel traumatisme est traité en premier. La prise en charge spécifique des traumas multiples sera développée dans la partie IV.

Les trois dernières parties sont plus imprégnées de la pratique clinique de l'auteur. La partie III (aménagements pratiques à destination des praticiens) va au-delà des stratégies thérapeutiques présentées. En effet, appliquer les programmes thérapeutiques tels que décrits dans la partie II conduit parfois à une impasse. Ainsi dans l'EMDR (et en cas de *looping*), le thérapeute peut notamment aider le patient à modifier la cognition négative à l'aide d'un questionnement socratique (chapitre 13). Dans le chapitre 14 consacré à la restructuration cognitive, l'auteur développe ce que l'on entend par dialogue socratique, arguments et contre-arguments de la croyance dysfonctionnelle avec des cas cliniques. Il donne des exemples pratiques de demande de clarifications, ou de la technique pour diminuer le sentiment de culpabilité. Dans d'autres cas, le travail sur les croyances dysfonctionnelles n'est pas suffisant. Il est nécessaire de faire de la restructuration cognitive sur les croyances erronées à propos de la cause ou des conséquences de l'événement (critère D3 du DSM-5).

La partie IV (exceptions, limites et autres informations sur les traitements d'excellence au TSPT) développe en particulier la prise en charge des traumatismes multiples (chapitre 16). De plus, dans ce chapitre est présentée la thérapie d'exposition par la narration (NET) utilisée dans la prise en charge des personnes réfugiées. Le chapitre 17 porte sur la prise en charge en cas de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Enfin la cinquième partie présente la prise en charge des symptômes résiduels post-traumatiques. À la fin des quatre prises en charge recommandées dans le PTSD (EP, CPT, TC et EMDR), il est possible que des symptômes résiduels continuent à perturber le patient. L'auteur recommande de lister les items de la PCL-5 et des approches centrées sur les symptômes résiduels sont décrites (chapitre 19). Plus spécifiquement, une approche centrée sur le sommeil peut être proposée (chapitre 20). Enfin, lorsque le patient présente une grande réticence à aborder l'événement traumatique, des interventions thérapeutiques non centrées sur le trauma sont possibles (chapitre 21).

En conclusion, compte tenu de la rigueur scientifique de l'ouvrage, du fait que de nombreuses stratégies thérapeutiques d'excellence dans le TSPT sont rapportées (pour certaines peu connues du public francophone), des nombreux exemples de cas cliniques, il m'est facile de recommander sa lecture aussi bien aux étudiants qu'aux professionnels pratiquant depuis des années, voire à des enseignants universitaires. L'écriture de cette préface a été l'occasion d'échanges stimulants et de confrontation de points de vue avec Pierre Orban, le livre, je l'espère, vous sera indispensable dans votre pratique clinique.

MARTINE BOUVARD

Professeure de psychologie clinique

Université Savoie Mont-Blanc (USMB)

Coresponsable du diplôme interuniversitaire de TCC (Lyon 1 et USMB)

Coresponsable du diplôme universitaire psychologie d'urgence et TCC (USMB)

Introduction

CE MANUEL REPREND l'ensemble des traitements psychothérapeutiques les plus efficaces et reconnus pour traiter le trouble du stress post-traumatique (TSPT), à savoir (1) la thérapie par exposition prolongée pour le TSPT de Foa, (2) la thérapie du retraitement cognitif de Resick, (3) l'EMDR de Shapiro et (4) la thérapie cognitive pour le TSPT d'Ehlers & Clark. De ces quatre approches, l'EMDR est probablement la plus connue des praticiens et du grand public francophones, sans doute parce que les autres n'ont pas été traduites en français. Nous avons voulu remédier à ce vide immense dans la littérature francophone destinée au traitement du trouble du stress post-traumatique.

Nous nous adressons aux professionnels de la relation d'aide, qu'ils découvrent le champ des thérapies pour le trouble du stress post-traumatique, ou qu'ils soient déjà experts : psychologues cliniciens, psychothérapeutes, psychiatres, médecins, étudiants en psychologie et médecine, et autres professionnels intéressés. Sa vocation est donc avant tout pratique et il est dès lors recommandé, pour les personnes qui n'ont pas l'habitude de travailler selon un protocole avec des personnes souffrant d'un trouble du stress post-traumatique, de pouvoir recourir à des formations ou des supervisions dans la continuité du livre.

L'ouvrage s'inscrit dans le sillage de la psychothérapie empirique, internationale et pratique. Par psychothérapie empirique, nous entendons une psychothérapie dont l'efficacité pour un trouble précisément diagnostiqué repose sur des études cliniques avec un souci pour la fiabilité et la validité de celle-ci. Le recours à des psychothérapies empiriques constitue le meilleur moyen d'obtenir les résultats de

traitements les plus efficaces et fiables pour le trouble du stress post-traumatique. Nous avons fait le choix de ne pas les présenter comme des algorithmes qu'il faudrait suivre machinalement, mais plutôt de mettre en évidence les principes thérapeutiques centraux qui les organisent pour ensuite pouvoir les appliquer dans la clinique de façon flexible, intuitive et raisonnée. C'est la raison pour laquelle nous préférons l'usage du terme « thérapie » à celui de « protocole ».

La psychothérapie empirique et ses approches psychothérapeutiques ne sont pas des particularités régionales propres à telle ou telle université, mais s'inscrivent au contraire dans un courant international auquel contribuent des chercheurs du monde entier, eux aussi connectés avec des praticiens de tous les continents.

Enfin, une grande attention a été donnée à l'application pratique des procédures propres aux approches psychothérapeutiques. Alors que de nombreuses recherches se focalisent sur les facteurs qui peuvent expliquer l'efficacité des procédures cliniques, bien trop peu d'attention est allouée à la bonne manière de les mettre en place. Pourtant, c'est un défi qu'il est indispensable pour le praticien de pouvoir relever.

Nous nous sommes mis au service d'une réduction la plus élevée possible des symptômes du patient dans la pratique clinique courante. Or la pratique est sans complaisance pour les limites des approches thérapeutiques, fussent-elles plus efficaces qu'un groupe contrôle. C'est la raison pour laquelle nous avons veillé à garder un esprit éveillé et critique sur les dérives possibles des thérapies, les précautions nécessaires à leur application, le nombre de séances réellement requis au regard des études cliniques, les adaptations nécessaires pour les troubles du stress post-traumatique complexes ou dissociatifs, la prévention des abandons, et enfin, sur les alternatives possibles aux traitements centrés sur le trauma. Nous espérons par là que notre ouvrage servira aux praticiens centrés sur le patient et la diminution de ses symptômes post-traumatiques.

PARTIE I

Présentation du TSPT et des principaux traitements psychologiques disponibles

■ Chap. 1	Prévalence et définition du trouble du stress post-traumatique	5
■ Chap. 2	Les traitements du stress post-traumatique	13
■ Chap. 3	Les mécanismes thérapeutiques des traitements pour le TSTP	23
■ Chap. 4	Pour un diagnostic étendu du TSPT dans la pratique	35