

Manoëlle HOPCHET
Françoise DETOURNAY

100 QUESTIONS RÉPONSES

sur le

psychotrauma

Préface d'Éric **BINET**
Postface d'Olivier **PIEDFORT-MARIN**

- Traiter le trauma complexe
- Découvrir le modèle en 3 phases

+ EN LIGNE



Questionnaires pour le diagnostic
Fiches de travail
10 questions/réponses bonus

de**boeck** **B**
SUPÉRIEUR

100 questions
réponses
sur le
psychotrauma

Manoëlle Hopchet
Françoise Detournay

Révision de Régine Batjoens et Anne-Marie Bleus

100 questions
réponses
sur le
psychotrauma

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : **www.deboecksuperieur.com**

© De Boeck Supérieur s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une bande de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale, Paris : février 2023

ISSN 2796-0374

Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/029 ISBN : 978-2-8073-4044-2

Sommaire

Compléments numériques	7
Remerciements	9
Liste des abréviations	11
Préface	13
Introduction	15
Chapitre 1 Cadre général	21
Chapitre 2 La psychoéducation	45
Chapitre 3 Diagnostic et premiers entretiens.....	53
Chapitre 4 Phase 1 du traitement : la stabilisation	71
Chapitre 5 Phase 2 du traitement : la confrontation	163
Chapitre 6 Phase 3 du traitement : intégration	207
Chapitre 7 Le thérapeute en séance.....	221
Postface.....	237
Glossaire	239
Bibliographie	243

Compléments numériques

Au fil de cet ouvrage, vous rencontrerez des renvois à des annexes. Celles-ci sont disponibles en compléments numériques téléchargeables à l'adresse suivante :

<https://www.deboecksuperieur.com/site/340442>

Vous y trouverez les ressources suivantes :

- A. Échelle d'expériences dissociatives (DES)
- B. Fenêtre de tolérance
- C. Échelle de l'état de stress post-traumatique (PCL-5)
- D. Questionnaire international sur les traumatismes (ITQ)
- E. Trousse de secours
- F. Profil de stabilisation de BIP (questionnaire et grille de stabilisation)
- G. Exercices pour renforcer la musculature psychologique
- H. Tests de J. Spierings
- I. Journal d'auto-observation
- J. Évaluation multidimensionnelle
- K. *Flash Technique*
- L. Technique du contenant

 10 questions/réponses BONUS sur le psychotrauma

Remerciements

Nous ne serions pas là où nous en sommes aujourd'hui sans le concours précieux de ceux qui nous ont accompagnées jusqu'à présent.

Nos remerciements s'adressent tout d'abord à nos enseignants émérites. Ils sont une source inépuisable d'inspiration dans notre travail journalier.

Ensuite, nous remercions nos patients, qui nous invitent à être flexibles, à nous interroger, à nous remettre en question, à réfléchir, à cheminer. Ils nous poussent sans cesse à nous ajuster et à évoluer.

Une pensée particulière s'adresse à nos conjoints respectifs qui nous accompagnent au quotidien.

Merci à nos honorables collègues Éric Binet pour avoir préfacé ce livre et Olivier Piedfort-Marin pour en avoir rédigé la postface.

Merci à Régine Batjoens et à Annie Bleus pour leur travail de révision ; merci également à Régine pour avoir rédigé la question sur le traitement des enfants.

Et enfin, merci à Catherine Meeùs pour son travail de relecture et de révision.

Liste des abréviations

AAI	<i>Adult Attachment Interview</i> , questionnaire sur l'attachement chez l'adulte
A-DES	<i>Adolescent Dissociative Experience Scale</i> , échelle d'expériences dissociatives chez l'adolescent
A-MID	<i>Adolescent Multidimensional Inventory of Dissociation</i> , inventaire multidimensionnel de la dissociation chez l'adolescent
BIP	Belgian Institute for Psychotraumatology, Institut belge de psychotraumatologie
CAPS-CA	<i>Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents</i> , échelle du TSPT administrée par le clinicien pour les enfants et les adolescents
C-DES	<i>Children Dissociative Experience Scale</i> , échelle d'expériences dissociatives chez l'enfant
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11 ^e révision
CIPOS	<i>Constant Installation of Present Orientation and Safety</i> , installation constante et orientation actuelle vers la sécurité
CPAS	<i>Children Perceptual Alteration Scale</i> , échelle d'altération perceptuelle des enfants
DES	<i>Dissociative Experiences Scale</i> , échelle d'expériences dissociatives
DIS-Q	<i>Dissociation Questionnaire</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> , Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques, 5 ^e édition
EED	Échelle d'expériences dissociatives
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> , désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires
EMDR R-TEP	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing Recent Traumatic Episode Protocol</i> , protocole EMDR de l'épisode traumatique récent
EP	Exposition prolongée
ICV	Intégration du cycle de la vie

IES-R	<i>Impact of Event Scale – Revised</i> , échelle révisée d'impact d'événement traumatisant
IFS	<i>Internal Family System</i> , système familial intérieur
ISTSS	International Society for Traumatic Stress Studies, Société internationale pour l'étude du stress traumatique
ISSTD	International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Société internationale pour l'étude des traumatismes et de la dissociation
ITQ	<i>International Trauma Questionnaire</i> , questionnaire international du traumatisme
KidNET	<i>Kid Narrative Exposure Therapy</i> , thérapie par exposition à la narration pour enfants
NF	Neurofeedback
PAN	Partie de la personnalité apparemment normale
PCL-5	<i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist – 5</i> (DSM-5), échelle du trouble de stress post-traumatique
PTSD	<i>Posttraumatic Stress Disorder</i> , trouble de stress post-traumatique
SBA	Stimulation bilatérale alternée
SFM	Syndrome des faux souvenirs
SIBAM	<i>Sensation Image Behavior Affect Meaning</i> , sensation, image, comportement, affect et sens
SPI	Schémas précoces inadaptés
SUD	<i>Subjective Unit of Disturbance</i> , unité subjective de perturbation
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TDI	Trouble dissociatif de l'identité
TE	Thérapie par exposition
TF-PDT	<i>Trauma-focused Psychodynamic Therapy</i> , thérapie psychodynamique axée sur le traumatisme
TPB	Trouble de la personnalité borderline
TSCC	<i>Trauma Symptom Checklist for Children</i> , échelle d'évaluation des symptômes traumatiques pour enfants
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
TSPT-C	Trouble de stress post-traumatique complexe
VOC	<i>Validity of Cognition</i> , validité de la cognition
YCPC	<i>Young Child PTSD Checklist</i> , échelle d'évaluation du trouble de stress post-traumatique du jeune enfant
YSQ-S1	<i>Young Schema Questionnaire – Short</i> , questionnaire des schémas inadaptés de Young version courte, 1 ^{re} édition
YSQ-L3	<i>Young Schema Questionnaire – Long</i> , questionnaire des schémas inadaptés de Young version longue, 3 ^e édition

Préface

Redéfinir les bases du traitement dans les cas de traumatismes complexes, là réside le grand mérite, le champ d'application de l'ouvrage de Manoëlle Hopchet et Françoise Detournay. En effet, que des psychothérapies puissent aider au traitement des traumatismes et des troubles dissociatifs n'empêche pas qu'une majorité de thérapeutes avancent le plus souvent à tâtons, même s'ils ne ménagent pas leurs efforts. C'est en particulier le cas face à des personnes ayant souffert de traumatismes importants, répétés, au cours de leur enfance, de leur petite enfance. Dans ces situations, il n'est pas possible que les professionnels de la psychothérapie errent dans le flou ou dans l'à-peu-près, au risque d'un faux pas ou de se perdre dans une impasse. Cela suppose alors que certains questionnements ne restent pas dans l'ombre et que nous puissions les résoudre. Nous pourrions classer ces questions en différentes catégories : préalables, déterminantes, fondamentales. Même si elles peuvent sembler au départ divergentes, les différentes réponses s'associent nécessairement à de nouvelles questions, de nouvelles réponses possibles, le tout formant une forêt aux multiples essences, aux innombrables rameaux. Mais une forêt avec une carte qui apprenne à se repérer au long des chemins que sont les psychothérapies. C'est là qu'il importe de distinguer et de relier avec netteté ces multiples questions, sous diverses formes, dans un ordre logique et avec une visée pragmatique. Et c'est bien de cette position doublement exigeante que se réclament ces deux spécialistes du psychotrauma, œuvrant ainsi à l'ouverture de vrais éclaircissements structurants auxquels leur propos nous convie.

Malheureusement, le développement exponentiel des techniques de psychothérapie des traumatismes s'emballe à notre époque, sans être nécessairement associé à un effort de réponse à ces questions. Alors que la plupart de ces psychothérapies cherchent à s'imposer en mettant en avant leur efficacité opératoire mais rarement en apportant un peu d'ordre ou de clarté, on comprend l'importance et l'intérêt de laisser libre cours aux interrogations que nous portons en nous et que certaines ivresses idéologiques empêchent d'exprimer. Ce livre vient justement annihiler toute tentative d'esquiver des questions essentielles.

La vitalité de l'Association francophone du trauma et de la dissociation, le nombre croissant de ses membres ces dernières années confirment le bien-fondé et l'importance de formations multidisciplinaires, intégratives, adressées aux professionnels de la santé mentale pour les tenir informés des efforts et des recherches, des initiatives les plus diverses. En tant que président de l'AFTD, je suis très heureux de voir que l'ouvrage que vous tenez entre les mains soulève avec force et pertinence un certain nombre de questions en y apportant des réponses claires et concises pour aider les thérapeutes à la fois dans leur posture et leur réflexion. Sans négliger que chacun doit adapter ses réponses selon le cas ; flexibilité du thérapeute et flexibilité de l'approche thérapeutique forment le véritable ciment d'une approche intégrative constituant une pensée plurielle mais intégrée au cœur de l'expérience de la relation thérapeutique.

Éric Binet

*Président de l'AFTD, maître de conférences
à l'École de psychologues praticiens, Paris*

Introduction

Avec ce livre, *100 questions/réponses sur le psychotrauma*, nous souhaitons offrir aux cliniciens de tous niveaux d'expérience un cadre accessible pour guider l'indication et le traitement des patients souffrant de trauma complexe dans un contexte clinique de consultation en ambulatoire.

Le choix de traiter du trauma complexe s'est fait naturellement en réponse à la majorité des questions posées par nos superviseurs, questions qui concernent les difficultés rencontrées dans le travail avec les patients souffrant de trauma complexe. En effet, à ce jour, peu de livres en francophonie abordent ce sujet. La description du traitement du trauma complexe est contenue dans les lignes directrices de l'ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies, 2012, 2018a et 2018b) ou, pour le trouble dissociatif de l'identité, dans celles de l'ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011), mais celles-ci font toujours débat actuellement (Ford & Courtois, 2020). Ce livre est orienté sur le traitement, en thérapie individuelle, des adultes ayant vécu des traumatismes précoces, des traumatismes liés aux abus et à la maltraitance, des traumatismes vécus à l'âge adulte, des traumatismes professionnels...

Le patient traumatisé fonctionne au quotidien dans un mode de survie organisé autour de stratégies mises en place au cours de son existence. La psychothérapie individuelle dans laquelle la relation thérapeutique constitue le levier du changement, elle-même soutenue par l'utilisation de méthodes, interventions et techniques axées sur les traumatismes (*trauma-informed*) provenant de différentes approches (dont la plupart sont *evidence-based*), est la plus communément recommandée.

Dans ce livre, nous répondons aux questions en fonction des théories, méthodes et thérapies dans lesquelles nous avons été formées et en fonction de l'expérience clinique que nous avons acquise au cours du temps : psychotraumatologie, dissociation structurelle, thérapie orientée sur le transfert pour les troubles de la personnalité, exposition prolongée et autres formes d'exposition en thérapie cognitivo-comportementale, *Narrative Exposure Therapy*, EMDR (*Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing, ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires), ICV (intégration du cycle de la vie), hypnose, thérapie stratégique, états du moi et thérapie du système familial interne (IFS).

Cette expérience s'est en outre affermie grâce à la réflexion et à la mise en place, avec l'équipe de l'Institut belge de psychotraumatologie (BIP), d'une formation en psychotraumatologie d'une durée de deux ans que nous voulions intégrative selon le modèle en trois phases : stabilisation, confrontation, intégration.

Un commentaire sur la nature du matériel clinique que nous présentons dans ce livre : en écrivant sur les situations cliniques, nous sommes toujours tiraillées entre le souhait de fournir un matériel clinique réel et fidèle et la nécessité de protéger la confidentialité des patients. Par conséquent, nous avons choisi de ne pas présenter de cas cliniques authentiques, chaque vignette étant une compilation de plusieurs cas que nous avons traités au fil des ans.

D'autre part, nous avons opté, en concertation avec l'éditeur, pour l'utilisation exclusive du pronom « il » pour désigner le patient, sauf lorsque nous illustrons nos propos par une vignette clinique. Nous ne sommes pas entièrement satisfaites de ce choix, mais il a été arrêté pour une écriture la plus claire possible, dans le but de rendre du matériel parfois complexe plus facile à lire.

À qui s'adresse ce livre ?



Nous avons écrit ce livre tant pour les étudiants en psychotraumatologie et les cliniciens intéressés par le sujet que pour les cliniciens expérimentés dans le domaine. Selon les besoins du lecteur, le livre peut avoir différentes fonctions. D'une part, nous offrons une perspective pratique sur l'application du modèle en trois phases du traitement du trauma complexe. Pour les thérapeutes expérimentés, nous offrons des descriptions d'interventions possibles dans les cas complexes. D'autre part, pour ceux qui ne peuvent pas s'engager dans des traitements à long terme, nous offrons quelques principes cliniques, des stratégies et des techniques, toujours décrits ici dans le contexte d'un modèle intégratif de traitement à long terme mais qui peuvent être utilisés de manière tout à fait pragmatique dans des traitements à plus court terme. Ces interventions peuvent également être appliquées dans le cadre d'une gestion plus aiguë ou dans un cadre de soutien. Enfin, pour les étudiants en psychotraumatologie, nous offrons des lignes directrices pratiques et de nombreuses vignettes cliniques et outils utiles pour leur pratique.

Quel est l'apport des différentes techniques dans le cadre du traitement des traumatismes ?



Les techniques cognitivo-comportementales peuvent être utilisées pour aider les patients à explorer et à changer les systèmes de croyances dysfonctionnelles induites par le trauma, pour gérer les expériences stressantes ou un comportement impulsif, les cauchemars et la confrontation au trauma. Nous utilisons l'hypnose comme technique de stabilisation (détendre, sécuriser, apaiser, contenir) et de renforcement du moi, mais aussi pour la confrontation d'une façon contrôlée (fractionnement, double écran, dosage, etc.). Les patients peuvent tirer bénéfice tant de l'EMDR que de l'ICV, méthodes sollicitant, selon nous, davantage la mémoire implicite. La thérapie des états du moi permet de clarifier l'existence de conflits internes et restitue à la personne de la mise en perspective et du contrôle. Elle permet de travailler les défenses. Des stratégies issues de la thérapie orientée sur le transfert sont appliquées pour travailler la relation thérapeutique, les comportements autodestructeurs et le cadre thérapeutique.

Il ne s'agit pas de passer d'une méthode à une autre, mais d'utiliser chacune de la façon la plus appropriée durant le temps nécessaire pour atteindre l'objectif du patient. En plus de la psychothérapie individuelle, certains patients bénéficient d'interventions spécialisées comme la thérapie familiale, la thérapie corporelle, le neurofeedback, le psychodrame, l'art-thérapie, etc.

Pourquoi une thérapie du trauma ?



Un événement traumatogène peut provoquer des réactions psychiques et somatiques ayant des conséquences dans tous les aspects de la vie. Pour qu'un événement qui dépasse nos capacités d'absorption et d'assimilation puisse s'inscrire dans notre narratif autobiographique et donc trouver sa place tant psychiquement que physiquement, bien des conditions et dispositions doivent être réunies. Les avancées neuroscientifiques nous ont fait comprendre ce qui provoquait le trauma et ont ouvert des pistes sur les éléments à prendre en considération dans les thérapies. Nous pensons principalement aux apports des travaux de recherche sur la mémoire implicite et la place du corps dans la résolution d'un traumatisme. Parler du traumatisme n'est pas suffisant pour qu'il soit traité, surtout dans ses aspects somatiques et neurobiologiques (van der Kolk, 2020). C'est dans ces cas que la thérapie du trauma peut avoir tout

son sens. En général, une thérapie du trauma inclut des éléments de thérapie verbale ainsi que des éléments de thérapie corporelle ou orientée sur les émotions. Le travail de la thérapie du trauma implique un travail tant sur la mémoire explicite que sur la mémoire implicite.

Dans ce livre, nous présentons des réponses aux questions souvent posées lors des formations en psychotraumatologie et de nos supervisions. À travers ces questions, le lecteur parcourt la théorie du psychotrauma, illustrée par des cas cliniques présentant des difficultés régulièrement rencontrées. Le livre fournit un modèle cohérent du traitement en trois phases selon la théorie de Pierre Janet, et reprise par Judith Lewis, Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis et Kathy Steele et les groupes d'expert de l'ISTSS (2020) et de l'ISSTD (2011).

La première phase du modèle en trois phases a deux objectifs principaux (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006) : favoriser une relation thérapeutique sûre et stabiliser et réduire les symptômes. L'objectif de la phase 1 est la stabilisation, c'est-à-dire que la vie du patient soit supportable et moins perturbée par les conséquences du traumatisme. La phase 2, celle de la confrontation au trauma, est axée sur le traitement des souvenirs traumatiques. La phase 3 du traitement des traumatismes complexes est la phase d'intégration. Elle est orientée vers la consolidation des gains thérapeutiques et le progrès vers la fin du traitement. Les interventions visent à améliorer la vie quotidienne après le traumatisme.

Cette approche globale du traumatisme complexe est couplée à une approche diagnostique. Elle tente de proposer un modèle de traitement intégratif basé sur des principes cliniques et des approches méthodologiques diverses qui s'appliquent à l'ensemble des troubles d'origine traumatique ainsi qu'aux stratégies développées par ces patients pour faire face à l'adversité. Ainsi, chaque traitement nécessite une adaptation des interventions préconisées pour le trauma selon la situation et le fonctionnement psychologique de la personne dans la relation thérapeutique.

Le terme « traumatisme complexe » est utilisé pour décrire un large éventail de symptômes qui sont la conséquence de circonstances traumatisantes chroniques ou répétées. Cette grande variété de manifestations psychiques rend difficile l'élaboration d'une définition univoque et d'une directive de traitement correspondante. Les réponses aux questions sont basées sur des expériences provenant de notre clinique du trauma et en combinaison avec des lignes directrices des experts.

Le livre est composé de sept chapitres. Le premier chapitre présente le cadre général de la thérapie du trauma avec les spécificités de traitement du traumatisme, la posture du thérapeute et le setting utilisé. Le deuxième chapitre décrit la psychoéducation à offrir au patient traumatisé. Le troisième chapitre, quant à lui, s'attache à répondre aux questions de diagnostic et notamment

concernant la différence entre le trauma complexe et d'autres troubles associés ou qui présentent des similitudes en matière de symptômes. Il aborde la question des attentes du patient qui vient en thérapie. Dans le quatrième chapitre, la phase 1 du traitement en trois phases est présentée à l'aide d'un certain nombre de cas cliniques régulièrement rencontrés. La phase 2 du traitement du psychotrauma, la confrontation, est abordée dans le cinquième chapitre, tandis que le sixième chapitre décrit la phase 3, celle de l'intégration. Le thérapeute en séance est le sujet du chapitre sept. Les questions concernant l'impact de la thérapie du trauma ainsi que les aspects relationnels, transférentiels et contre-transférentiels dans la thérapie y sont discutés.

Comment utiliser ce livre ?



Nous avons élaboré les questions en suivant l'ordre logique de la présentation du traitement du traumatisme complexe en trois phases. Si vous débutez dans la thérapie du trauma, il est utile de commencer par les premières questions qui apporteront des éléments sur les aspects particuliers de ce type de thérapie, sur la posture du psychotraumatologue dans la relation thérapeutique ainsi que sur la préparation du traitement du patient traumatisé. Pour les thérapeutes déjà formés en thérapie du trauma, les questions peuvent être lues en dehors d'un ordre précis en fonction du questionnement ou de l'impasse dans laquelle vous vous trouvez. Des éléments de réponse provenant de différentes orientations vous sont proposés. Comme indiqué plus haut, les réponses proposées demandent une adaptation de l'intervention à la situation et au fonctionnement de la personne. Elles invitent à réfléchir et à être flexible pour envisager d'autres points de vue.

Certaines questions renvoient à d'autres qui traitent du même sujet mais prises sous un angle différent et/ou complémentaire. Des références à des annexes sont également indiquées tout au long de l'ouvrage grâce au pictogramme  : il s'agit d'outils et de supports utiles qui sont disponibles en téléchargement sur le site de De Boeck Supérieur, à l'adresse suivante : <https://www.deboecksuperieur.com/site/340442>. À cette même adresse vous trouverez un fichier téléchargeable comprenant 10 questions/réponses bonus sur le psychotrauma.

Ce livre est un complément à la formation que vous avez pu recevoir dans une orientation spécifique et tente de fournir des réponses aux questions auxquelles chacun est susceptible d'être confronté. Il ne se substitue pas à la littérature scientifique traitant en profondeur de chacun des sujets abordés, mais invite à approfondir la matière concernée dans des livres de référence traitant du sujet.

CHAPITRE 1

Au menu de ce chapitre :

Que signifie être traumatisé ?	22
Quelles sont les spécificités de la thérapie du psychotrauma ?.....	24
Que faut-il traiter en priorité ?	25
Quand faut-il privilégier le traitement du psychotraumatisme à l'écoute active ?	26
Pourquoi travailler avec le modèle en trois phases ?.....	28
Comment ces trois phases s'articulent-elles dans la pratique ?	28
Faut-il un plan de traitement ?	30
Quels autres types de traitements peuvent aider une personne traumatisée ?	34
Est-il possible de faire une thérapie du trauma avec des personnes souffrant de psychose ?	35
Quelle doit être la posture du psychotraumatologue ?	37
Pourquoi l'alliance thérapeutique est-elle si importante dans la thérapie du psychotrauma ?	39
À quoi le secret professionnel sert-il ?	42

Cadre général

« Mon médecin m'a conseillé de commencer une thérapie du trauma, parce que je semble réagir fortement à certaines situations... » Il est peu fréquent qu'une telle demande parvienne comme telle au thérapeute. Les patients se présentent parfois au cabinet comme des personnes fonctionnant particulièrement bien dans certains domaines de leur vie, par exemple dans leur vie professionnelle, tout en ayant de multiples difficultés dans d'autres domaines, comme dans leur vie familiale et/ou intime. Ils ne sont pas toujours conscients de l'origine de leurs difficultés. Mais certaines personnes sont contaminées dans tous les aspects de leur vie : elles présentent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles, leur intimité, leur régulation émotionnelle, elles ont du mal à trouver un emploi stable et à organiser leur vie quotidienne – payer leurs factures, gérer la nourriture, avoir un sommeil régulier et réparateur, etc. Ainsi, il existe une multitude de manifestations de l'expérience traumatique non intégrée chez les personnes souffrant de traumatisme complexe.

Ce chapitre introductif se veut une synthèse de la littérature portant sur l'expérience traumatique et des formations spécialisées auxquelles les auteurs ont assisté. Il reprend les concepts de base qu'il faut connaître avant d'entamer un travail thérapeutique à travers une série de questions fondamentales dans la clinique du trauma. Il clarifie les spécificités que présente la personne traumatisée ainsi que les particularités de la thérapie du trauma. Ces spécificités sont analysées par le prisme de l'écoute active ainsi que d'autres formes de thérapie du trauma ou selon des populations spécifiques (enfants, personnes souffrant de psychose). La posture du psychotraumatologue est abordée, notamment au regard de l'obligation du secret professionnel, tout en considérant la place centrale de l'alliance thérapeutique comme levier de changement.

Que signifie être traumatisé ?

Selon le *Larousse*, être traumatisé signifie être frappé par un choc émotionnel violent.

Le mot est utilisé dans le langage courant, mais ne signifie pas nécessairement que la personne confrontée à un événement traumatogène a développé des symptômes invalidants. Son utilisation comme expression commune fait plutôt référence au fait d'avoir été (fortement) déstabilisé par un événement ou un incident.

Dans la plupart des cas, vivre une expérience bouleversante ou potentiellement traumatisante nous pousse à la partager avec les autres à répétition, ce qui contribue à la métaboliser et à en créer un récit cohérent. Souvent, dans les heures et jours qui suivent l'événement, nous y pensons et jouons le scénario encore et encore. Éventuellement, nous en rêvons. Peu à peu, les émotions s'estompent, le calme revient et nous sommes capables d'en parler comme d'un simple fait qui nous est arrivé. Il devient un souvenir, un récit dans notre histoire autobiographique.

Dans le langage clinique et scientifique, une personne est traumatisée si elle a été confrontée à un événement qui représente une menace imminente ou une menace de mort ou qui cause des dommages psychophysiologiques fondamentaux et qui altère la vie de l'organisme (critère A). La personne présente un certain nombre de symptômes caractéristiques (voir le DSM-5, 2015, pour le tableau complet des critères diagnostiques pour le trouble de stress post-traumatique [TSPT]) :

- Des *intrusions* associées à un ou plusieurs événements traumatisants comme des souvenirs involontaires répétitifs, des rêves récurrents, des rappels d'images, un sentiment de détresse psychique, des réactions physiologiques marquées (critère B).
- L'*évitement persistant des stimuli* associés à un ou plusieurs événements traumatisants comme les pensées, les souvenirs ou les sentiments relatifs à l'événement traumatisant et celui des rappels externes qui provoquent de la détresse (critère C).
- L'*altération des cognitions et de l'humeur* associée à un ou plusieurs événements traumatiques avec une incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques, des croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde, des idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui, un état émotionnel négatif persistant, une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien une réduction de la participation à ces mêmes activités, des sentiments de

détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres, une incapacité persistante de ressentir des émotions positives (critère D).

- De *profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité* associées à un ou plusieurs événements traumatiques, de l'irritabilité et des accès de colère, un comportement irréflecti ou autodestructeur, de l'hypervigilance, des réactions de sursaut exagérées, des problèmes de concentration et des troubles du sommeil (critère E).

La vignette clinique suivante illustre les différents critères requis.



Vignette clinique

Noémie a 24 ans. Elle sort un soir pour rejoindre ses amies dans un bar. Elle boit modérément et se fait approcher par un homme qui la drague de façon très insistante. Ensuite, c'est le trou noir. Elle se rappelle s'être sentie mal, dans le coton, et s'être réveillée quelques heures plus tard dans le lit d'une amie sans savoir comment elle y est arrivée. Elle apprendra par la suite avoir été retrouvée dans les toilettes, déshabillée après avoir été violée (critère A).

Noémie consulte quelques mois après son viol. Elle pensait s'en sortir seule mais elle consulte suite à l'insistance de ses proches face à ses symptômes : comme des réactions physiques fortes (B) quand ils tentent de lui parler à propos de cette agression sexuelle, le sentiment de détresse qui se marque sur son visage à l'évocation de cet événement (B), son refus d'en parler (C), son changement de comportement depuis cet événement (D), l'agressivité vis-à-vis de son entourage (E), ses sautes d'humeur (E), le repli sur elle-même (D) et des moments dépressifs (D) ainsi qu'une difficulté à se concentrer (E).

Le trouble de stress post-traumatique est défini comme un ensemble de symptômes qui répondent à tous les critères de l'échelle diagnostique plus d'un mois après les événements traumatiques. Le trouble entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération importante du fonctionnement social, professionnel ou d'autres dimensions importantes du comportement. Si la personne présente également des symptômes persistants ou récurrents de dépersonnalisation ou de déréalisation, on parle de trouble de stress post-traumatique avec symptômes dissociatifs. Parfois, l'ensemble des critères de diagnostic ne sont présents que plus de six mois après l'événement traumatisant, on parle alors de trouble de stress post-traumatique différé.

Les études montrent que 5 à 12 % de la population générale développe un tel trouble de stress post-traumatique après un événement traumatogène (ces données sont principalement issues d'études menées aux États-Unis). Les autres peuvent développer certains de ces symptômes, qui peuvent perdurer et constituer un problème dans le fonctionnement quotidien de la personne. Une personne peut se sentir traumatisée sans développer ou avoir développé un trouble de stress post-traumatique.

Quelles sont les spécificités de la thérapie du psychotrauma ?

On pourrait penser que la thérapie du trauma, comme son nom l'indique, vise principalement à traiter une ou plusieurs expériences traumatiques du patient. Ceci peut être vrai dans les cas les plus simples, c'est-à-dire en cas d'expérience traumatique isolée, chez une personne équilibrée montrant par ailleurs un fonctionnement du moi suffisamment bon et une sécurité intérieure acquise.

Dans de nombreux autres cas, cependant, en particulier chez les patients traumatisés ayant des antécédents d'abus, la thérapie du trauma devra initialement se concentrer sur l'établissement d'une relation de confiance et exiger une attitude active et engagée du thérapeute et du patient dans la relation interpersonnelle. Les questions abordées seront :

- La personne prend-elle soin d'elle-même ?
- A-t-elle le contrôle sur ses symptômes ?
- Se sent-elle reconnue dans sa souffrance ?
- Peut-elle exprimer ce qu'elle ressent ?
- Comment fonctionne-t-elle au quotidien ?
- Rencontre-t-elle des problèmes relationnels, et si oui, lesquels ?

La réponse à ces questions forme un préliminaire essentiel à explorer et à travailler, et ce, bien avant de se concentrer sur les problèmes d'abus. Il s'agit d'un processus de coconstruction, de corégulation. R. Kluft¹ répétait lors d'ateliers de formation au traitement de patients ayant vécu des traumatismes récurrents, précoces et/ou relationnels : « Hâtez-vous lentement ».

Ensuite, l'autre spécificité du traitement du trauma est le retraitement, l'abréaction du matériel traumatique qui souligne l'importance d'aborder et de résoudre les questions et les croyances fondamentales liées aux expériences traumatiques.

1 Psychiatre, psychoanalyste, hypnothérapeute spécialisé dans le traitement des troubles dissociatifs complexes.

psychotrauma

Trouvez rapidement la réponse à toutes vos questions !

Pour les personnes touchées par le psychotrauma, les conséquences sur leur vie quotidienne sont considérables et difficiles à traiter pour le psychothérapeute. Ce livre offre des réponses précises à toutes les questions sur l'impact du psychotrauma et sur sa prise en charge. Il se focalise sur le suivi en thérapie individuelle d'adultes ayant vécu des traumatismes précoces ou à l'âge adulte, liés aux abus et à la maltraitance, ou encore, à des situations professionnelles.

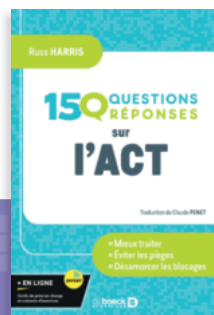
Riches d'une solide expérience clinique, les auteures y présentent :

- le modèle de traitement en 3 phases : stabilisation, confrontation et intégration ;
- des concepts scientifiques et cliniques provenant de différentes orientations (TCC, psychodynamique, systémique...) et méthodes (EMDR, hypnose) ;
- de nombreux exemples cliniques ;
- des conseils pratiques ;
- des compléments numériques :
 - des questionnaires et échelles de diagnostic ;
 - des fiches de travail pour le patient ;
 - 10 questions/réponses bonus.

Françoise DETOURNAY est psychothérapeute, psychotraumatologue, hypnothérapeute, sophrologue, formée à la dissociation structurelle, thérapeute EMDR et thérapeute des états du Moi. Elle est formatrice en psychotraumatologie au *Belgian Institute for Psychotraumatology*.

Manoëlle HOPCHET est psychologue clinicienne, psychotraumatologue, thérapeute en TFP, formée en ICV, en EMDR et à la dissociation structurelle. Formatrice en psychotraumatologie et en TFP, elle est présidente du *Belgian Institute for Psychotraumatology*.

Dans la même
collection



9 782807 340442

deboeck
SUPÉRIEUR B