

Dr Louise Gaston, psychologue

Thérapies dynamiques pour les
Désordres de
Stress
Post-Traumatiques

Dynamic Thérapies for Psychiatric Disorders (Axis 1)
Chapitre 6 J.Barber et P.Crits-Christoph (1995)
Traduction par Jean-Pierre Bélanger, psychologue
Août 2001

Historique et développement..3

Critères d'inclusion / exclusion...4

Les enjeux dynamiques dans le DSPT..4

L'étiologie..4

Facteurs en jeu...5

Histoire développementale.....8

Conflits majeurs...8

Défenses et identifications...10

Les objectifs de traitement ..11

Objectifs du thérapeute....12

Objectifs du patient...13

La théorie du changement..14

Les changements à implanter.....14

Facteurs cliniques de changement....15

Techniques..17

Les trois phases...17

L'approche technique...18

Transfert et contre-transfert ..22

Evaluation de l'efficacité...23

Durée et terminaison..23

Formation...24

Fondements empiriques de l'approche....24

Historique et développement

Dans le champ de la psychanalyse, le conflit infantile était vu historiquement, pour sa majeure partie, comme le facteur pathogène majeur dans le traumatisme psychique (Fenichel, 1945; Freud 1939/1953, 1962), ou encore, le moi de la victime devait rétablir son homéostasie en *déchargeant*, en *liant* ou par *l'abréaction* (Freud 1962).

En opposition à ce modèle classique de formation des symptômes, Kardiner et Spiegel (1947) ont postulé que les facteurs reliés à l'événement sont décisifs dans la traumatogénèse.

Des auteurs plus contemporains (Hendi et Hass, 1984; Horowitz, 1986; Krystal, 1985) ont réconcilié ces deux positions extrêmes de l'étiologie du traumatisme en accentuant le rôle joué par la signification rattachée à l'événement traumatique chez l'individu (Brett, 1993).

Horowitz (1974, 1986) a introduit par la suite le concept d'information, emprunté à la théorie de l'information. L'information peut avoir une origine interne ou externe, s'appliquer à la fois aux idées et aux affects; si de l'information significative n'était pas assimilée dans le système existant, le système devrait s'accomoder lui-même pour intégrer cette information non congruente. Dans ce chapitre, je décris une approche dynamique intégrée pour traiter les désordres de stress post-traumatiques (DSPT), approche surtout basée sur le modèle de Horowitz (1974, 1986).

L'approche que j'utilise est simple dans son orientation: elle focalise sur le traumatisme, les conflits associés, et leur résolution. Elle intègre diverses techniques, incluant l'hypnose. Sa durée dépend de la sévérité du traumatisme, de sa chronicité, de la structure du moi et de la motivation du patient pour la thérapie. Si le traumatisme est sévère et rend le patient dysfonctionnel, les rencontres de thérapie ont lieu deux fois par semaine, à la fois pour aider le moi à composer avec les répercussions traumatiques et pour contrer les tendances à l'évitement associées au DSPT.

Des concepts dynamiques de base sont utilisés pour guider les patients vers la résolution de leur traumatisme. Toutefois, chaque thérapie est façonnée selon les besoins et capacités de chaque individu.

Par conséquent sont considérées toutes les dimensions impliquées dans une réaction traumatique. L'activité neuronale débalancée du patient, ses patterns comportementaux, ses stratégies d'adaptation, ses schémas cognitifs, ses conceptions de soi, aussi bien que les influences des systèmes familiaux et sociaux peuvent contribuer à l'étiologie et au maintien de la réponse traumatique. Mon approche considère leurs impacts et cherche à les gérer adéquatement.

Conséquemment peuvent s'additionner des accessoires thérapeutiques tels la médication, l'analyse fonctionnelle, des techniques d'acquisition d'habiletés, l'encouragement à la proximité et à l'affirmation interpersonnelles, des techniques de maîtrise de l'anxiété et de la colère, une exposition progressive aux stimuli anxiogènes, et la reconstruction cognitive.

De plus, il faut constater que l'exploration d'un traumatisme peut s'effectuer de façon seulement intellectuelle plutôt que de façon expérientielle ou en impliquant une composante émotionnelle. Dans un état normal de conscience, il manque souvent l'information pouvant contribuer à la compréhension entière de la réponse traumatique. Cette information peut être mieux retrouvée dans le même état émotionnel de conscience que celui dans lequel elle a été encodée. C'est pourquoi j'inclus spécifiquement l'hypnose comme outil pour reviser l'expérience traumatique puisqu'il qu'il favorise la réexpérience émotionnelle du traumatisme et la révision complète de l'événement.

Critères d'inclusion / exclusion

Les patients présentant un DSPT (APA, 1994) qui sont susceptibles de profiter de cette approche sont les adolescents les plus âgés et les adultes ayant un fonctionnement prémorbide relativement bon aux plans psychologique, interpersonnel et professionnel. Ceux qui peuvent le mieux en profiter sont introspectifs, peuvent répondre minimalement aux interprétations, ont une certaine tolérance pour la douleur psychique, et utilisent la répression comme l'une des stratégies parmi d'autres pour contenir les affects douloureux.

L'intensité des symptômes d'anxiété peut cependant masquer les capacités du patient lors de l'entrevue d'accueil. Le critère le plus utile réside donc dans l'histoire des relations interpersonnelles du patient, incluant la présence d'une figure parentale adéquate (même avec l'occurrence d'abus physique ou sexuel), et sans histoire de problèmes psychiatriques. Les patients suicidaires ne sont pas exclus.

Certains patients cependant ne sont pas prédisposés à changer dans le cadre d'une thérapie dynamique. Ces patients présentent habituellement un trouble d'abus de substance, des traits psychotiques, un passé de comportement antisocial, un sévère trouble de la personnalité, et une intelligence en bas de la moyenne. De plus, la thérapie dynamique ne peut être instaurée que lorsque la victime est hors de danger. Jusqu'au moment où la menace est éliminée, uniquement une thérapie de support peut être prodiguée.

Les enjeux dynamiques dans le DSPT

L'étiologie

Historiquement les psychothérapeutes ont mis le focus sur l'une de deux possibilités étiologiques des symptômes traumatiques (Brett 1993) .

1. La première approche considère les facteurs reliés à l'individu comme étant décisifs dans la genèse du traumatisme. Il existe trois principales conceptions de cette étiologie du traumatisme (Brett 1993) .

-D'abord le modèle de Fénichel (1945) sur la formation des symptômes: les symptômes se forment lorsque les frustrations courantes réactivent les conflits infantiles, et ils reflètent les modes du ressenti et de la défense opérants durant l'enfance.

-Le second modèle étiologique est celui de Freud (1939/1953): les événements traumatiques amènent un apport excessif de stimuli en ce qu'ils franchissent le seuil de stimulation ou "bouclier de protection" de l'individu. Conséquemment, l'organisme est inondé par des pulsions et son fonctionnement en est perturbé.

-La troisième formulation est l'ajout de Freud au modèle de répétition (1939/1953); à la suite de l'assaut débordant le seuil de stimulation, une régression survient qui conduit à l'utilisation d'une défense primitive, la compulsion de répétition, à répéter l'événement dans un effort pour le maîtriser.

2. La seconde approche, en réaction à ces modèles classiques de la formation des symptômes, postule que les facteurs reliés à l'événement sont déterminants dans la genèse du traumatisme (Kardiner & Spiegel, 1947). Cette position admet parfois qu'un conflit préexistant peut être réactivé symboliquement par l'événement traumatique, mais le conflit survient comme accompagnement indépendant de l'événement, et non comme une cause qui rend l'événement traumatique. C'est uniquement lorsque l'individu essaie de se défendre contre le dommage fait à son fonctionnement par l'événement que les significations symboliques des anciens conflits lui sont rattachées.

3. Des auteurs plus contemporains ont apporté un compromis entre ces modèles (Hendin & Hass, 1984; Horowitz, 1986; Krystal, 1985). Leurs approches réconcilient les deux approches extrêmes de l'étiologie du traumatisme.

Dans ces modèles, la signification subjective de l'événement détermine s'il devient traumatique ou non, et cette signification est définie à travers les expériences antérieures de l'individu en ce qu'elles sont reliées aux caractéristiques de l'événement traumatique.

Dans ces modèles interactionnistes, la force pathogène première origine néanmoins de l'événement traumatique lui-même. Des résultats empiriques viennent supporter cette position. Il a été démontré que, dans la mesure où augmente l'intensité des événements violents, le nombre d'individus traumatisés augmente. Même plus, certains types d'événements sont plus susceptibles que d'autres de créer un traumatisme chez les victimes (Green, Lindy, & Oeterson, 1991).

Ce point de vue a été adopté par le comité du DSM-IV, ce qui atténue la position antérieure en statuant que, pour être traumatique, un événement doit provoquer chez l'individu une peur intense, l'horreur, ou l'impuissance, plutôt que d'être traumatisant pour la plupart des gens comme cela était défini dans le DSM-III-R (APA, 1985, 1994).

Les facteurs en jeu

La description phénoménologique du traumatisme psychique dans le DSM-IV (APA, 1994) est consistante avec la plupart des principes dynamiques sur le traumatisme psychique.

Les deux processus de base impliqués dans un traumatisme psychique sont la réexpérience intrusive et répétée du traumatisme et l'évitement de cette réexpérience. Un troisième groupe de symptômes émerge de la suractivation du système nerveux autonome, qui s'observent par des difficultés du sommeil, des problèmes d'irritabilité et de concentration, de l'hypervigilance et des réactions de sursaut. Ils peuvent être considérés comme une conséquence des deux premiers groupes de symptômes.

Le modèle de Horowitz (1986) propose une séquence de phases qui, avant l'instauration de ces symptômes, peut conduire au traumatisme psychique, tout dépendant des réactions de l'individu.

-Réaction d'alarme

La réponse immédiate à l'événement traumatique est habituellement une phase réactionnelle. Cette réaction d'alarme est souvent accompagnée par de fortes émotions, habituellement la peur et la rage. L'individu a tendance à reporter toute autre activité. Intérieurement, il peut dire *je vais mourir*, ou *ça ne peut pas arriver*, cette dernière réaction donnant une indication de ce qui va se produire dans la phase de déni. Quand la situation n'exige plus une réponse immédiate ou une utilisation intense de stratégies d'adaptation, l'individu commence habituellement à relaxer et à baisser ses défenses. Les phases d'intrusion et de déni vont suivre.

-Phase d'intrusion

La phase d'intrusion se caractérise par des idées soudaines au sujet de l'événement traumatique, des émotions soudaines et des réactions *comme si* l'événement se produisait à nouveau, ainsi qu'une détresse psychologique et/ou une activation physiologique suite à la présentation de stimuli associés à l'événement.

Durant cette phase d'intrusion, l'activation du système autonome est habituellement à son apogée. L'individu peut percevoir la réalité à travers ses sensations internes et en venir à la déformer. Certaines images peuvent avoir une qualité pseudo-hallucinoïde ou illusoire. Une personne traumatisée peut également ruminer l'événement durant ces périodes d'intrusion; la réexpérience active de l'événement peut survenir à l'aide de fantasmes dans lesquels la personne maîtrise symboliquement l'événement, indiquant ainsi un déni de la réalité de l'échec lors de l'événement.

Cette phase d'intrusion peut se manifester par des cauchemars de détresse, dont la personne peut se réveiller en transpirant de peur. La personne peut avoir l'impression que ces idées et affects intrusifs sont sans signification et uniquement accablants, peut en venir à les interpréter comme le signe d'une perte de contrôle sur son monde interne.

-Phase de déni

Dans une tentative de regagner ce contrôle, la personne entre dans une phase de déni. La répression et l'évitement sont utilisés pour réduire l'anxiété associée à la réactivation de l'événement. Des actions sont prises pour éviter de parler de l'événement ou de se retrouver dans des endroits ou situations y ressemblant.

Parfois des parties de l'événement ne peuvent être remémorées, habituellement les plus significatives, par le fait d'une dissociation périphérique qui est survenue au moment de l'événement. Le déni sert également à éloigner de la conscience les émotions non désirées et leurs significations associées.

L'énergie nécessaire à ces mécanismes de répression épuise les ressources internes de l'individu, en laisse peu à investir dans les loisirs et les activités quotidiennes. Souvent cette absence d'intérêt nous informe sur la perception de l'événement par l'individu; "Si de tels événements font partie de la vie, ça ne vaut peut-être pas la peine de vivre". L'engourdissement émotionnel peut s'installer, prendre la forme d'un détachement face aux autres, un sentiment d'étrangeté face aux autres et de tentatives de freiner les sentiments et les émotions - d'abord la joie, ensuite la colère et la tristesse. Il s'en suit un sentiment d'avenir bouché.

Quoique les phases d'intrusion ou de déni peuvent devenir pathologiques, les réactions normales à un événement traumatique incluent également ces phases, sans impliquer nécessairement le développement d'un traumatisme psychique. L'intrusion et l'évitement devraient être vus comme pathologiques uniquement lorsqu'ils perdurent et interfèrent avec le fonctionnement de l'individu. L'intrusion permet à la psyché de reviser l'événement sous tous ses angles, alors que l'évitement permet des périodes de repos dans cet intense travail psychique.

Le traumatisme survient lorsque les phases d'intrusion et d'évitement sont hors du contrôle de l'individu, lorsque l'oscillation entre la reviviscence et l'évitement devient involontaire. Dans ce cas, les mécanismes de défense et les stratégies d'adaptation de l'individu semblent plutôt interférer avec le traitement de l'information rattachée à l'événement.

Par delà des facteurs traumatogènes, plusieurs facteurs de maintien interviennent dans le traumatisme psychique. Les pertes associées à l'événement peuvent contribuer au maintien des symptômes; par exemple suite à un événement traumatique, un individu peut avoir perdu un membre, ou son emploi parce que la symptomatologie interfère trop avec sa performance au travail. Une douleur chronique peut également alimenter la réactivation répétée du traumatisme, agir comme une boucle de rétroaction positive des souvenirs traumatiques et accroître les symptômes du DSPT.

Les réactions des autres personnes sont également importantes pour déterminer si un traumatisme psychique sera facilement résolu ou non. Principalement les réactions des personnes ayant fourni une aide immédiate, les proches, le système judiciaire et le système médical. De plus, le traumatisme se complique souvent par une co-morbidité, rendant le portrait plus complexe, tout en épuisant les ressources de l'individu.

La constellation des facteurs prédisposants, déclenchants et de maintien potentiellement en jeu lors d'un traumatisme psychique, accroît le fait des différences individuelles parmi les victimes. En conséquence, la psychothérapie dynamique doit s'ajuster selon les besoins et capacités spécifiques de chaque individu.

L'histoire développementale

L'impact de l'événement traumatique varie selon le stade développemental d'un individu. Les enfants pré-scolaires abusés sont limités dans leurs capacités de représenter verbalement le traumatisme. Avec l'accroissement de la maturité, ces expériences peuvent ne pas être immédiatement assimilées en de représentations verbales (Pynoos et Nader 1993). Inversement, si aucun tort n'a été causé à eux ou aux autres, les enfants pré-scolaires peuvent ne pas être suffisamment développés cognitivement pour comprendre les implications réelles d'un événement traumatique, plutôt l'interpréter comme un simple jeu d'actions abusives.

Durant la prime adolescence, l'exposition au traumatisme peut interférer avec les tâches de se séparer des parents, développer son jugement moral, développer son identité, etc. Dans l'adolescence avancée, un traumatisme répété peut causer de sévères désordres de la personnalité, comme il a été observé chez de jeunes vétérans du combat (Marmar, 1991).

Les modèles de la traumatisation se sont intéressés moins adéquatement à l'impact du traumatisme sur le développement de l'adulte. La signification d'un événement peut dépendre de la situation vécue à une certaine période. Par exemple, être témoin qu'un enfant est frappé par une automobile devrait avoir un effet traumatique différent pour un parent que pour un adulte sans d'enfant.

A l'âge adulte avancé, un événement traumatique peut arriver alors que l'individu vit un déclin de son statut social, la perte d'une personne chère ou de capacités physiques et mentales. Chez les adultes plus âgés, leur capacité de composer avec un événement traumatique peut être basse, et ils sont souvent laissés à eux-mêmes (Marmar, Foy, Kogan et Pynoos, 1993).

Conflits majeurs

Les conflits névrotiques préexistants peuvent être des empêchements dans l'élaboration d'un événement traumatique, mais uniquement lorsqu'ils sont associés à de l'information reliée à l'événement traumatique. D'autres conflits plus généraux peuvent surgir lorsque certaines illusions de base, fournissant un sentiment de sécurité dans l'univers, ont été ébranlées par l'événement traumatique, dévoilant des réalités anxigènes sur soi-même et sur l'univers.

Consciemment ou inconsciemment, la plupart de nous entretenons trois illusions de base. Les humains ont tendance à percevoir le monde comme étant bon, contrôlable et prévisible, et conséquemment à se voir eux-mêmes comme immortels, invulnérables et omnipotents (Epstein, 1991). Le traumatisme renforce en nous de façon expérientielle les notions d'impuissance et de mort, auxquelles nous réagissons habituellement par une angoisse submergeante. Le rejet de cette réalité active une série de mécanismes de défense.

Une autre dimension de la réalité individuelle peut compenser pour ces constatations douloureuses et apporter un sens de sécurité relative dans le monde, soit de se sentir rattaché à des personnes compétentes et dévouées, (Bowlby, 1988). L'importance du besoin d'attachement a été démontrée de façon empirique chez les individus traumatisés (Epstein, 1991).

De toutes façons, un événement traumatique peut également ébranler chez un individu ses représentations de sentiment de sécurité dans ses relations avec les autres. Un événement traumatique peut être soit naturel /accidentel ou provoqué par un être humain. Si l'événement est naturel /accidentel et implique la perte réelle ou imaginée d'un être aimé, nous pouvons être soudainement confrontés avec la douloureuse réalisation que les objets d'amour ne sont pas éternels. Une défense utilisée contre cette constatation douloureuse est de chercher à s'isoler des autres, soit physiquement ou affectivement, dans un effort pour diminuer la douleur associée à des pertes futures.

Si l'événement est provoqué par un être humain, tels les actes criminels, l'individu est brutalement confronté à la méchanceté des autres. Par généralisation, les relations de la victime avec les autres peuvent se détériorer ou à tout le moins être remises en question, dans un effort d'auto-protection. L'individu en vient à craindre les autres, considérant comme hostiles leurs actions physiques et verbales, principalement si l'aide immédiate après l'événement a été négligente, minimisante ou agressive.

Une autre défense contre la réalisation de l'existence du mal consiste à s'imaginer que la douleur a été méritée parce qu'on a été mauvais. De façon surprenante, les individus traumatisés ressentent rarement de la colère contre leur agresseur au début de la thérapie. Cette colère est déplacée ou dispersée.

Les personnes traumatisées se sentent souvent en conflit face à l'immense colère qu'elles expérimentent suite à l'événement traumatique. Si elles ressentent de la colère ou de la rage, elles peuvent en conclure qu'elles sont méchantes et craindre de perdre le contrôle sur leur colère. Elles peuvent alors considérer leur soi comme dangereux et les autres comme incapables de les aider (Catherall, 1991). Les victimes sont aussi en conflit par rapport à leur douleur, rejetant l'inévitabilité de son existence. Elles deviennent fâchées contre la vie et finissent par la rejeter, la considérant comme n'en valant pas la peine.

De telles réactions de colère sont d'autant plus fortes que des éléments plus douloureux sont rattachés à l'événement traumatique. Une telle colère est habituellement associée au désir que les autres réparent leur dommage psychique, tout particulièrement la personne responsable de l'événement traumatique, si elle est disponible, ou à tout le moins qu'elle reconnaisse pleinement sa responsabilité.

Défenses et identifications

Chez les personnes traumatisées, on peut observer n'importe lequel des mécanismes de défense. Parce que le moi des individus traumatisés est submergé, il a recours à des mécanismes de défense de moindre maturité qu'habituellement. Idéalement, les patients peuvent conserver une partie de leurs mécanismes de défense plus matures, tels l'humour et la distanciation, mais ils utilisent parfois la somatisation et la projection pour exprimer les affects isolés. Certains patients peuvent même utiliser temporairement des défenses immatures telles clivage et les hallucinations. Ces défenses sont habituellement utilisées contre la peur, la colère ou le sentiment d'impuissance.

Alors que le dommage primaire s'attaque au moi de l'individu, un dommage secondaire touche les relations de l'individu avec ses objets internes (Catherall, 1991). Cet effet s'opérationnalise cliniquement par une perte de confiance aux autres. L'individu a été confronté à la réalité de ne pouvoir faire confiance en la capacité chez les autres de contrôler leurs impulsions agressives.

Contre la peur, plusieurs victimes tentent de minimiser à la fois l'événement et les dommages psychiques qui y sont associés. Elles peuvent même en venir au refoulement et parfois au déni, rendant la détresse inatteignable et opérant dans l'isolation. Pour reprendre toutefois un sentiment de contrôle et de sécurité, l'individu peut en venir à généraliser, à d'autres aspects de la réalité, les facteurs dangereux associés à l'événement traumatique, et ainsi se préparer pour tout nouveau danger. L'individu peut également en venir à nier l'existence même du danger en utilisant des mécanismes contraphobiques, pouvant conduire à des actions potentiellement dangereuses comme marcher seul le soir dans des quartiers violents.

La découverte que les autres ne peuvent être fiables dans le contrôle de leurs impulsions agressives, peut avoir un impact plus ou moins dévastateur. En général, les individus traumatisés deviennent enragés face à l'injustice d'être une victime, et rejettent certains aspects de leur propre soi, incluant leurs propres impulsions agressives et leur propre capacité à prendre quelqu'un comme victime.

Certains individus se servaient déjà du clivage et de la projection pour composer avec des parties inacceptables de leur soi; quand ils deviennent victimes, ces individus peuvent se défendre par une identification à l'agresseur. Quand ce mécanisme de défense est adopté et bien établi, cela conduit à une utilisation caratérielle de la violence comme moyen d'interaction avec les autres. La plupart des victimes toutefois n'en viennent pas à une identification à l'agresseur, la violence étant non syntone avec leur moi ou en désaccord avec leurs valeurs morales. Ils déplacent habituellement cette colère contre leurs proches ou la projettent sur des étrangers.

La projection de la colère conduit souvent à l'hypervigilance. C'est seulement quand certaines victimes peuvent calmement reconnaître qu'elles veulent frapper ou tuer quelqu'un qu'elles deviennent capables de marcher à l'aise dans les rues. En thérapie, une observation directe de ces parties désavouées du soi chez le thérapeute est souvent réalisée par le mécanisme de l'identification projective. Tout comme pour les enfants, s'identifier avec la capacité de l'objet à composer avec le matériel projeté fait partie de l'acquisition d'une structure interne plus avancée (Catherall, 1991).

La colère en tant que telle peut servir de défense, habituellement contre la panique ou contre la désintégration (Catherall, 1991). La colère peut également fonctionner comme une tentative de restaurer son propre narcissisme par le désir de reprendre contrôle sur l'agresseur, comme on l'observe souvent chez les victimes masculines. Ou bien la colère peut viser à restaurer le sentiment d'être en relation avec les autres, par le désir que l'agresseur reconnaisse la douleur infligée à la victime et que cela ne devrait pas se reproduire à nouveau, comme on le constate habituellement chez les victimes féminines.

Les victimes peuvent ressentir une culpabilité exagérée en tant que défense contre la colère. Mais la plupart des individus traumatisés ressentent également de la culpabilité en tant que défense contre le sentiment d'impuissance. Un individu traumatisé semble plus facilement capable de supporter la culpabilité que de reconnaître le fait que parfois on ne peut prévenir un terrible accident ou interférer avec les plans malicieux de quelqu'un. Plutôt que de reconnaître son sentiment d'impuissance, les individus traumatisés se sentent coupables de l'échec de leur réaction et développent des scénarios sans fin pour finalement tenter de maîtriser l'événement (Lipton, 1993).

La dissociation représente finalement l'ultime tentative de se protéger ou de protéger les autres. Elle se caractérise par une perte importante de contrôle sur son propre état mental et souvent accompagnée par des états intenses de panique. Selon Spiegel (1988), le traumatisme peut se comprendre comme l'expérience d'être transformé en objet, et la dissociation peut être conceptualisée comme le reflet de la profonde perte de contrôle physique expérimentée durant l'événement traumatique.

Le traumatisme semble accentuer l'utilisation de la dissociation, principalement lorsque que des torts sévères sont survenus durant la prime enfance (Putman, 1985). Chaque fois qu'un individu utilise la dissociation pour se protéger contre la douleur, on ne peut pas traiter l'information associée au traumatisme. Dans la thérapie, cela est le plus souvent masqué consciemment par l'individu. Afin de renoncer à son utilisation pathologique, il faut tenter d'identifier les conséquences de la dissociation, les réévaluer, et chercher à instaurer des stratégies mieux adaptées.

Les objectifs de traitement

Dans la thérapie dynamique du traumatisme psychique, il y a juxtaposition des objectifs du patient et du thérapeute. Tous deux cherchent à rétablir le mode de fonctionnement prémorbide et à éliminer les symptômes de DSPT. Pour accomplir ces tâches, le thérapeute poursuit une série d'objectifs qui correspondent à la théorie dynamique.

Les objectifs d'une psychothérapie dynamique brève d'un traumatisme psychique se limitent à l'élaboration cognitive et émotionnelle du syndrome de réponse au stress jusqu'à atteindre une certaine maîtrise, à savoir un état où à la fois le déni et la réexpérience à répétition sont réduites ou absentes (Horowitz et Kaltreider, 1979). Nous allons développer ces objectifs plus en détails.

Objectifs du thérapeute

1. Reconnaître et accepter le soi traumatisé

Plusieurs patients traumatisés viennent chercher en thérapie un soulagement pour la perte de contrôle sur eux-mêmes et sur leur vie, alors même qu'ils nient avoir été blessés psychologiquement.

-Le premier objectif du thérapeute est d'aider le patient à *reconnaître* le soi traumatisé, habituellement en reconnaissant sa détresse psychologique.

-L'objectif qui en découle est d'aider le patient à *accepter* que le soi ait été traumatisé en considérant comme non infantile sa détresse psychologique.

Ces objectifs sont habituellement atteints par un processus parallèle de restauration du narcissisme endommagé du patient.

2. Reprendre la maîtrise

Le second objectif veut aider le patient à regagner ou développer un sens de maîtrise sur les mondes externes et internes, à l'intérieur de limites réalistes. Par exemple, un patient peut être aidé à prendre des décisions concernant sa participation au système judiciaire, à chercher activement du support, et à limiter autant que possible les demandes externes.

Le thérapeute peut aider un patient à réduire son anxiété de base ou son niveau de dépression et à regagner du contrôle sur des états de transition entre l'évitement et l'intrusion. L'accomplissement de ces objectifs aide généralement à contrecarrer l'impuissance et à accroître l'estime de soi; lorsque ces objectifs sont atteints, le thérapeute peut travailler à libérer le patient de ses symptômes de DSPT.

3. Intégrer l'information traumatique

Le troisième objectif est de faire en sorte que la structure psychologique du patient s'accommode elle-même à cette nouvelle information traumatique, pour ultimement pouvoir transcender le soi traumatisé.

-Pour atteindre cet objectif, le patient doit reviser sa conception de soi en tant que personne capable de réagir, soit intérieurement ou extérieurement, et chaque fois que cela est possible.

-Cet objectif implique aussi de développer de nouvelles conceptions des autres et du monde - surtout de s'habituer à percevoir le monde externe comme pouvant être imprévisible, incontrôlable, et hostile (Epstein, 1991).

L'atteinte de cet objectif assure habituellement la rémission de la symptomatologie du DSPT et prévient la rechute.

4. Voir le traumatisme comme un défi

Quatrièmement, le thérapeute accompagne le patient dans sa démarche pour considérer les événements traumatiques comme une opportunité de croissance. Cet objectif vise à réduire la prédisposition de l'individu à devenir traumatisé. Les patients en viennent à percevoir les événements potentiellement traumatisants comme des défis plutôt que des menaces.

Cependant, l'atteinte de cet objectif dépend de l'accomplissement des trois objectifs précédents. Idéalement, le thérapeute doit pouvoir être capable d'affronter les enjeux de la vie et de la mort, ce qui aide le patient à pouvoir hamacher son désir de faire la pleine expérience de la vie et de reconnaître sa finalité.

Ces quatre objectifs peuvent être atteints en séquence. Toutefois, selon la capacité de l'individu à tolérer des affects intenses ou la présence de déficits structuraux, la reprise du contrôle sur le monde interne ou externe peut devoir être préalablement atteinte avant d'en venir à une pleine reconnaissance du soi traumatisé. Le plus souvent, le patient accomplit ces deux objectifs de façon parallèle, travaillant sur les deux objectifs de façon alternative, puisque la reconnaissance de la vulnérabilité est souvent plus tolérable quand l'individu a regagné un certain sens de ses capacités.

Objectifs du patient

Les patients ont des objectifs similaires mais plus limités. Ils souhaitent reprendre le contrôle d'eux-mêmes et de leur vie en se débarrassant de leurs symptômes. Ils veulent poursuivre leur vie comme d'habitude en reprenant leur fonctionnement psychosocial antérieur. Parfois les patients désirent également découvrir de nouveaux aspects d'eux-mêmes et de la vie, mais cet objectif se développe seulement en cours de thérapie.

La théorie du changement

Les changements à implanter

Pour résoudre une réaction traumatique, il est essentiel que l'individu puisse traiter l'information nouvelle reliée à l'événement traumatique, information non congruente avec les représentations internes préexistantes. L'esprit continuera à traiter la nouvelle information jusqu'à ce que la réalité externe et les modèles internes en viennent à s'accorder, en ce que Horowitz (1974, 1986) a nommé une "tendance à compléter". Avant que les souvenirs de l'événement traumatique soient intégrés aux représentations mentales préexistantes, ils sont entreposés sous une forme active de codage.

Après que chacune des représentations répétitives de l'événement conduit l'individu à traiter l'information rattachée à l'événement traumatique, l'individu peut ultimement être amené à réviser ses représentations internes. Lorsque que de nouvelles structures mentale sont instaurées, elles permettent aux informations rattachées à l'événement de pouvoir s'intégrer à un tout. L'événement traumatique fait alors partie de la mémoire à long terme, et les codifications de la mémoire active déclinent (Horowitz, 1974, 1986). Lorsque l'événement est pleinement réévalué, l'individu peut adopter de nouveaux comportements et attitudes, qui renforcent du même coup les changements internes.

Comme dans la théorie de Piaget (1954) sur le développement intellectuel de l'enfant, il existe deux options pour intégrer une nouvelle information rattachée à un événement traumatique: assimiler l'information à la structure préexistante, ou accommoder cette structure pour y inclure l'information antérieurement non congruente. Par définition, l'information traumatique ne peut être assimilée aux représentations préexistantes. Le traumatisme est considéré comme une surcharge du système parce qu'il n'y a pas de représentation préexistante disponible pouvant assimiler l'information sans créer une angoisse débordante.

L'intégration doit alors s'effectuer par l'accommodation de la structure préexistante en tenant compte de la nouvelle information associée au traumatisme. Elle doit élaborer de nouveaux concepts de soi et du monde, en tenant compte des concepts précédents et de ceux qui sont associés à l'événement traumatique. L'information associée à l'événement traumatique peut alors faire partie intégrale des représentations internes de l'individu (Horowitz, 1986).

En même temps, des facteurs tels l'activité neuronale de l'individu, ainsi que les réactions des systèmes familial et social, ont besoin d'être modifiés pour résoudre le traumatisme. Si l'activité du système neuronal de l'individu est augmentée au point de créer des états de panique, cette dimension doit être gérée avant de pouvoir réviser l'information traumatique. Lorsque le DSPT s'associe à un niveau élevé d'angoisse, l'angoisse devrait être réduite à un niveau tolérable. De plus, la présence d'un support social adéquat est associé avec l'intensité du DSPT (Solomon, 1986); il peut aider l'individu à contrebalancer les "mauvaises" nouvelles associées à l'événement traumatique en fournissant de "bonnes" nouvelles à propos d'autres événements. Par conséquent, l'obtention de support par les autres est partie prenante du processus de rétablissement.

Facteurs cliniques de changement

Une intervention rapide comporte des avantages spécifiques. Il a été démontré qu'elle sera de plus courte durée et plus effective qu'une thérapie instaurée seulement après que le traumatisme soit devenu chronique (Friedman, Framer et Shearer, 1998).

Par une intervention rapide, on peut aider à prévenir les réactions chroniques et empêcher que les réactions pathologiques ne se cristallisent. Cependant lorsque le traumatisme est chronicisé, la thérapie doit d'abord se concentrer à défaire les réactions pathologiques associées à la chronicité, principalement les mécanismes de défense et les patterns interpersonnels, et ce avant de pouvoir reviser l'information rattachée à l'événement traumatique.

L'attitude et les références théoriques du thérapeute sont des déterminants cruciaux du succès de l'aide aux personnes traumatisées. La théorie dynamique traditionnelle a composé faiblement avec le traumatisme, laissant la plupart des cliniciens peu outillés pour le manier. Les thérapeutes dynamiques traditionnels ont l'habitude de travailler le plus souvent avec l'inconscient, les conflits à base développementale, une orientation requérant que le patient assume complètement la responsabilité de ses conflits.

La plupart des patients traumatisés trouvent une telle approche humiliante, puisqu'elle relègue à la périphérie l'importance du traumatisme dont ils ont fait l'expérience (Spiegel, 1988). Un thérapeute dynamique doit alors adapter son approche traditionnelle en y ajoutant des modèles plus contemporains qui réorganisent la contribution étiologique à l'événement traumatique.

Les thérapeutes dynamiques doivent également garder à l'esprit qu'une position active est requise de leur part. Attendre que le matériel émerge implique habituellement d'attendre longtemps parce que les mécanismes d'évitement sont en place. De plus, l'attitude de restriction du thérapeute va semble-t-il laisser le patient seul et désorienté au prise avec des affects submergents. Un thérapeute dynamique doit constamment se rappeler qu'un individu traumatisé utilise de façon forte et active des mécanismes de déni et des capacités de composer par l'évitement, et que l'attitude usuelle de retrait n'est pas productive avec ces patients. Le thérapeute doit questionner de façon répétitive le patient pour recueillir de l'information concrète et détaillée le plus possible, en gardant toujours à l'esprit la sensibilité du patient et la nécessité de ne pas devenir inquisiteur.

Il est impératif que le thérapeute intervienne d'une manière qui donne du contrôle à l'individu. Une telle stratégie contrecarre le sentiment d'impuissance vécu par l'individu au moment de l'événement et qui a été habituellement généralisé à plusieurs autres aspects de sa vie. Donner du contrôle à l'individu cherche aussi à prévenir une régression dans la dépendance, ce qu'on observe souvent chez les individus traumatisés, même si certains patients en thérapie se présentent eux-mêmes comme des contre-dépendants. Donner du contrôle au patient requiert cependant un équilibre délicat puisque les personnes traumatisées évitent de composer avec l'information traumatique; le thérapeute doit les guider fermement vers la reconnaissance de leur moi traumatisé et vers la révision de l'événement.

Le thérapeute doit également apporter une attention constante à préserver et restaurer le narcissisme du patient. Les personnes traumatisées ont habituellement ressenti l'humiliation, même si elles n'ont pas été ouvertement humiliées. Le thérapeute doit être conscient de l'estime de soi endommagée, et aider à la réparer lorsque c'est possible. Alors que la reconnaissance empathique de la douleur et de la blessure psychique est requise en premier lieu, il est aussi impératif que le thérapeute traite le patient comme un adulte capable de prendre des décisions adéquates lorsque la pleine information lui est disponible, comme un allié dans le processus de rétablissement.

Même si le patient est temporairement souffrant et endommagé, ses ressources internes peuvent être reconnues par le thérapeute. Des fonctions psychologiques importantes et saines sont encore accessibles chez le patient et peuvent être utilisées pour travailler avec le thérapeute sur des enjeux centraux, et ainsi préparer le patient à son autonomie éventuelle.

Le travail thérapeutique doit être conduit à doses tolérables. La révision des représentations et des affects traumatiques doit toujours se dérouler selon le potentiel de réaction de panique chez le patient. Le matériel inconscient émergent ne doit pas devenir sommergeant pour le soi. Lorsqu'un état général d'anxiété élevé ou de panique se présente, il est impératif de réduire le niveau d'anxiété de base. Un dosage modéré de benzodiazépines est utile, autant qu'une diminution de la consommation de caféine ou de l'exposition non nécessaire aux stimuli anxiogènes.

Ces manoeuvres fournissent les conditions aidantes au développement d'une alliance thérapeutique. Il est essentiel, pour établir une relation solide avec le patient, que le thérapeute démontre son implication et une acceptation non critique, autant qu'une expertise de compréhension du traumatisme. En expérimentant ces qualités chez un thérapeute attentionné et compétent, le patient en vient à se sentir supporté. En conséquence, le patient peut oser explorer l'événement traumatique, avec ses éléments d'éveil de l'anxiété, et ce en retournant régulièrement vers l'expérience de sa relation assurée avec le thérapeute (Bowlby, 1988).

Quand ces conditions sont en place, il est essentiel d'encourager une révision expérientielle de l'événement traumatique. Une détresse et des émotions intenses sont généralement associées au traumatisme, et doivent être reconnues comme telles. Pour accepter son potentiel d'être vulnérable et abandonné, un individu a besoin de faire l'expérience de ces sentiments lorsqu'ils surviennent, tout en reliant fermement son expérience au contexte de l'événement traumatique, et ainsi éviter la généralisation sur les situations actuelles. Un raisonnement similaire peut s'appliquer aux autres émotions.

Techniques

Les trois phases

Cette approche procède par phases, de façon comparable au modèle dynamique élaboré par Horowitz's (1974, 1986). Nous en présentons ci-dessous les trois phases principales, avec les objectifs thérapeutiques à atteindre. Ces trois phases sont généralement d'égale durée.

La première phase consiste à

- 1- établir les conditions pour développer une alliance,
- 2- recueillir les informations
 - sur l'événement traumatique,
 - sur le traumatisme psychique qui en a découlé,
 - sur l'histoire et la situation actuelle du patient, principalement sur
 - les relations significatives présentes et passées,
 - l'occurrence de traumatismes antérieurs,
 - les problèmes psychiatriques passés et présents du patient et de sa famille,
 - les réalisations professionnelles,
 - et les autres stressseurs actuels.
- 3-réduire le seuil d'anxiété de base du patient à un niveau supportable,
- 4-encourager le patient à obtenir un soutien social effectif,
- 5-aborder les mécanismes d'évitement afin d'en réduire leur utilisation en thérapie.

En intervenant de la sorte, une alliance se crée habituellement, le traumatisme est partiellement reconnu, et le patient acquiert une certaine maîtrise de ses univers internes et externes. Le patient peut ensuite procéder à une réévaluation de l'événement traumatique, ce qui souvent augmente les symptômes d'intrusion et d'évitement du DSPT.

La deuxième phase consiste à *reviser l'événement traumatique de façon détaillée, tout en abordant les mécanismes de défense et les conflits associés, passés ou présents.*

- En revisant à répétition l'événement traumatique en détails, à la fois en termes du monde interne et du monde externe, le patient acquiert une compréhension plus grande des émotions et des significations rattachés à l'événement.
- En travaillant sur les défenses et les émotions associées à ces significations, le patient confronte souvent des conflits non résolus dans ses relations passées ou courantes.
- Par la résolution de ces conflits, le patient effectue les nécessaires révisions de ses patterns défensifs maladaptatifs, ainsi que des désirs et émotions qui y sont rattachés, adopte subséquemment des mécanismes de défense et des capacités d'adaptation plus matures.

Le patient peut, comme résultat, réviser ses modèles internes de soi et du monde, prendre de nouvelles décisions, et s'engager dans des actions d'adaptation.

A la fin de cette phase,

- la symptomatologie du DSPT est habituellement éliminée
- parce que le moi traumatisé a été pleinement reconnu
- et accepté,
- la capacité de maîtrise a été rétablie et souvent renforcée,
- l'intégration de l'information traumatique a été accomplie par le moyen d'une accommodation de la structure psychique.

Notes complémentaires du plan de traitement du DSPT selon L. Gaston Cette révision s'effectuera à l'état d'éveil usuel et/ou sous hypnose médicale. Si cette deuxième phase ne pouvait être abordée ou complétée compte tenu de difficultés structurelles rencontrées chez cette personne, des techniques de renforcement du moi seront alors employées afin de l'aider à contenir les affects associés au DSPT, ce qui ne pourra malheureusement pas contribuer à enrayer le DSPT, à rendre l'accidenté pleinement fonctionnel et à prévenir une rechute.

Dans la troisième et dernière phase

-le patient est encouragé à pratiquer les nouveaux patterns défensifs, cognitifs et comportementaux jusqu'à ce qu'ils deviennent automatiques.

-On identifie et on renforce de nouvelles attitudes face à l'adversité et aux épreuves de la vie.

-Pour chaque nouvel événement stressant rencontré durant cette période, on encourage le patient à reconnaître promptement les émotions suscitées et de façon expérientielle, à explorer et comprendre les significations qui y sont rattachées, et à les reviser à la lumière des nouvelles conceptions de soi et du monde.

-Durant cette phase, le patient concrétise sa plus grande efficacité face aux phénomènes internes et externes, et développe une plus grande confiance en sa capacité d'affronter la vie et les difficultés qui y sont associées.

-Par la suite, on aborde les enjeux de la terminaison de la thérapie.

Approche technique

Selon Kohut (1984), la personne traumatisée peut, par le moyen de la résonance empathique, régresser d'une position plus avancée de relation à ses objets internes vers la recherche d'états primitifs de fusion avec ces objets, afin de maintenir sa cohésion interne. La reconnaissance du soi traumatisé peut ainsi être atteinte par l'empathie, par la validation de la réalité, par l'exploration et l'interprétation.

Le plus souvent, le thérapeute cherche à identifier l'angoisse du patient par le moyen de sa résonance empathique au-delà du discours de l'individu craintif de présenter un moi vulnérable. Parfois il peut devenir aidant d'utiliser également la réassurance, sous la forme d'une normalisation des réactions de l'individu face à l'événement traumatique. Le thérapeute devrait toujours reconnaître que le dommage psychologique s'est produit au-delà du contrôle de l'individu, et ainsi valider que la blessure de l'individu a été imposée par d'autres personnes.

L'exploration ses réactions du patient aux symptômes manifestes permet souvent d'identifier les obstacles à sa reconnaissance et à l'acceptation de la détresse psychique. Pour ceux qui cherchent à minimiser leur détresse, le thérapeute doit considérer l'attitude surmoïque du patient à l'égard des symptômes de DSPT. Souvent les patients se critiquent et se punissent eux-mêmes pour avoir été si faibles. A cette étape, le thérapeute devrait encourager une attitude à prendre soin de soi, surtout lorsque l'impact négatif de ces jugements a été démontré. Inversement, d'autres patients étalent leur soi traumatisé. Leur détresse doit être reçue mais aussi mise en perspective, en faisant voir que les ressources internes n'ont pas toutes été endommagées.

Les interprétations peuvent devenir utiles lorsque le patient résiste à reconnaître toute détresse psychologique au-delà des symptômes manifestes d'anxiété. De telles interprétations centrent son attention sur les défenses utilisées par l'individu pour éloigner sa conscience du soi traumatisé - par exemples, les comportements contraphobiques ou la minimisation- et sur les peurs associées à une telle reconnaissance. Toutefois, la pleine reconnaissance du soi traumatisé est uniquement atteinte par le moyen de l'exploration expérientielle de l'événement et de ses impacts.

Pour aider le patient à reprendre la maîtrise de son monde interne et externe, plusieurs techniques sont utilisables. Lorsque le patient expérimente des relatifs échecs de maîtrise, les interventions du thérapeute tenteront d'aider le patient à retrouver un sentiment de meilleure maîtrise sur soi-même et sur son environnement.

En premier lieu, le thérapeute peut encourager le patient à *réduire ses exigences internes et externes*

- en diminuant les tâches quotidiennes à accomplir,
- en cherchant l'aide appropriée pour les accomplir,
- en réduisant le contact avec des stimuli anxio-gènes associés au traumatisme,
- en prenant une médication lorsque des problèmes de sommeil troublent le fonctionnement quotidien,
- en cherchant du réconfort auprès de personnes significatives,
- en utilisant les stratégies proposées par le thérapeute pour contrer les problèmes de concentration et de mémoire,
- ainsi de suite.

L'explication des mécanismes impliqués dans un traumatisme et dans sa résolution est une autre approche utile pour procurer du contrôle à la personne. L'éducation du patient sur les manifestations et les mécanismes du DSPT l'encourage habituellement à s'impliquer dans la révision du matériel traumatique. En agissant ainsi, il peut devenir nécessaire de mettre de l'avant, en référant aux évidences des faits de la vie quotidienne rapportés par le patient, que les stratégies alternatives ont été sans succès. Le patient peut alors décider d'amorcer la douloureuse révision de l'événement traumatique.

Par la suite, le thérapeute peut utiliser les techniques de l'exploration et de l'interprétation. Pour amorcer en douce ce processus de révision, le thérapeute peut occasionnellement questionner certains détails spécifiques reliés à l'événement, y compris les réactions internes du patient, tout vérifiant continuellement que l'angoisse ou les émotions soulevées soient tolérables pour le patient et non dommageables pour l'alliance thérapeutique en développement. Il apparaît essentiel d'aborder la signification centrale de l'événement de façon graduelle, depuis la périphérie vers les enjeux plus centraux. Les interprétations doivent être présentées comme des hypothèses de travail, tout au long de la cuillette des informations qui les appuient.

La confrontation peut devenir nécessaire lorsque ces techniques échouent à produire l'effet désiré. La transformation des schémas de base requiert habituellement la perlaboration des émotions et significations rattachées à l'événement traumatique. Le plus souvent, par les moyens de l'exploration et de l'interprétation, les patterns défensifs et les conflits non résolus accumulés sont remis en évidence parce qu'ils ont été réactivés de manière associative par l'information traumatique. Pour dénouer ces conflits, le thérapeute se doit d'expliquer au patient la nécessité d'envisager ces enjeux plus personnels. Les conflits associés à des événements antérieurs peuvent être dénoués par l'élaboration sur les affects refoulés et les désirs associés, alors que les conflits plus contemporains exigent le travail additionnel de mettre à exécution des actions pouvant favoriser un changement dans la réalité concrète du patient.

Pour faciliter l'intégration de l'information traumatique, le thérapeute focalise habituellement sur la différenciation entre la réalité et les fantasmes. Horowitz (1974) réfère à la différenciation entre les fantasmes et la réalité en termes de réduction des dangers perçus dans la réalité en réduisant l'adhérence du patient à ses attentes fantaisistes.

Alors qu'une différenciation réelle nécessite l'interprétation des réactions problématiques du patient face à la réalité, cela devrait également inclure, et de façon prioritaire habituellement, la reconnaissance des aspects problématiques de la réalité qui produisent les réactions douloureuses chez le patient. Il est nécessaire de valider l'entière réalité traumatique de l'événement, de même que la légitimité de la peur du patient, de sa colère, sa tristesse ou sa nausée. Certains événements sont en fait terrifiants, des agresseurs peuvent vraiment être des bâtards, des victimes peuvent légitimement désirer faire du mal ou tuer leur agresseur, et certaines scènes ou actions peuvent être vraiment dégoûtantes. Quand un thérapeute reconnaît ces aspects de la réalité, sans dramatisation, le patient peut interpeler ses réactions problématiques face à la réalité traumatique sans honte ou culpabilité débordante.

Durant ce travail d'exploration et d'interprétation, il est essentiel que le thérapeute relie les émotions et les significations à l'événement de façon expérientielle. Pendant que thérapeute et client sont à reviser l'événement, il devient extrêmement aidant pour le patient d'expérimenter les émotions associées dans leur pleine intensité afin de les rattacher à l'événement et à l'objet approprié. Une telle révision expérientielle peut aussi amener le patient à se rappeler des moments antérieurs de sa vie où des affects similaires ont été provoqués. L'élaboration et la perlaboration peuvent être grandement facilitées en revivant l'événement sous hypnose.

La technique de l'hypnose implique le développement d'un état altéré de conscience dans lequel l'attention est focalisée vers l'intérieur, avec accroissement de la conscience et des perceptions. Comme le souligna Spiegel (1988), l'hypnose a longtemps été associée à des peurs de perdre le contrôle, alors qu'ironiquement elle peut aider les personnes traumatisées à reprendre le contrôle de leurs souvenirs traumatiques. Le thérapeute peut rassurer le patient quant à l'hypnose en lui expliquant la procédure et en conduisant un essai initial d'hypnose visant à revivre un moment heureux plutôt qu'un moment traumatisant.

Durant une session d'hypnose, le thérapeute doit faire en sorte que le patient se sente en contrôle de l'exploration en cours. Un exercice d'hypnose se divise en trois parties: une procédure de relaxation (comme le training autogène), une phase d'approfondissement et une phase d'exploration. Le déroulement de l'événement traumatique a été préalablement convenu entre le thérapeute et le patient; il doit toujours s'amorcer dans un lieu où le patient s'est senti en sécurité et se terminer à un moment où le patient s'est senti à nouveau en sécurité. La révision peut se dérouler en tenant compte des capacités du client autant que de ses limitations. La réexpérience de l'événement peut se faire lentement, s'arrêter ou sauter vers l'avant comme lors de l'utilisation d'un vidéo.

Encore une fois, il est essentiel de procéder à doses tolérables, de s'assurer que le patient parle constamment au thérapeute sur ce qu'il expérimente en état d'hypnose, tout au long du déroulement. Le thérapeute guide le patient dans son exploration, arrête les images aux moments cruciaux et demande au patient d'explorer les pensées, images, émotions et perceptions qui surgissent. Lorsque l'exploration est complétée, la reprise de la technique d'hypnose permet au patient de prendre une distance par rapport à l'événement. Il faut toutefois souligner qu'une technique aussi forte ne devrait être utilisée uniquement lorsqu'une solide alliance a déjà été établie, et lorsque l'exploration a déjà été entreprise en thérapie et présente une stagnation.

En revenant sur le matériel nouvellement émergé, le thérapeute devrait associer le traumatisme aux situations et conflits passés et actuels, différencier les fantasmes et la réalité, ce pour procurer au patient une opportunité d'amorcer des changements sous son propre contrôle et d'assumer une part de responsabilité dans sa réaction face à l'événement traumatique. Lorsque le traitement de l'information associée à l'événement est bloqué, le thérapeute doit envisager la possibilité qu'un conflit non résolu retarde le traitement de l'information associée, et un tel conflit doit être abordé et résolu.

Lorsque des déficits structuraux sont en jeu, le thérapeute doit procurer des habiletés compensatoires avant de poursuivre l'exploration. Sans ces habiletés, le patient peut être incapable de s'approcher symboliquement de l'événement traumatique et de ressentir les affects associés, puisque le moi en sera submergé. L'enseignement de certaines techniques, comme des stratégies de gestion du stress, est souvent nécessaire à cette étape.

Lorsqu'un pattern d'attachement insécurité est constaté dans le cadre de la relation thérapeutique, une technique comportementale peut être utilisée dans un but dynamique. Un exercice de relaxation peut être enregistré sur cassette durant une session avec le thérapeute. Le thérapeute devient ainsi présent sous forme d'un objet transitionnel, aidant à réduire l'anxiété du patient tout en restaurant son sentiment d'autonomie.

Transfert et contretransfert

Comme l'a souligné Lindy (1989), la majeure partie de la littérature analytique manque de souligner les réactions transférentielles spécifiques chez les patients traumatisés. L'auteur identifie quatre types de transfert.

- Le patient peut transférer dans la situation de traitement des souvenirs spécifiques réprimés ou désavoués de l'événement traumatique.
- Le patient peut transférer sur le thérapeute des rôles tenus par des figures significatives durant l'événement traumatique et ses suites, que ce soit l'agresseur ou d'autres victimes.
- Le patient peut transférer sur le thérapeute les fonctions intrapsychiques qui ont été déformées suite à l'événement traumatique, dans l'espoir de restaurer des fonctions plus saines.
- Finalement, le patient peut transférer sur le thérapeute potentiellement compréhensif une sagesse plus profonde sur la vie, dans l'espoir de donner sens à la catastrophe et restaurer le sentiment d'une signification personnelle

McCann et Pearlman (1990) identifient diverses réactions de transfert au thérapeute. Le thérapeute peut être perçu comme un agresseur potentiel, un transgresseur de frontières sacrées, un traître indigne de confiance, un interrogateur ou un juge, un contrôleur, un témoin indifférent, et une victime potentielle des impulsions agressives du patient. Inversement, le thérapeute peut être perçu comme un aidant, un ami, un protecteur, et une perte potentielle. En réponse aux fonctions endommagées du patient, le thérapeute peut être perçu comme un réconfort ou un contenant pour les affects intolérables.

En composant avec une personne traumatisée, un thérapeute risque également de réagir de façon inappropriée au patient de diverses manières spécifiques. On peut identifier quatre enjeux contretransférentiels de base, nommément:

- devenir hostile envers le patient,
- se sentir impuissant ou débordé,
- devenir indifférent,
- tenter de sauver le patient.

Selon Wilson (1989), la colère du thérapeute peut se porter sur le patient parce que le thérapeute craint l'intensité des affects du patient, ou parce que l'expérience d'impuissance du patient durant le traumatisme confronte les notions du thérapeute sur le contrôle immuable, sur l'invulnérabilité, et la sécurité. En écoutant l'histoire du traumatisme, le thérapeute peut s'identifier au patient au delà de l'empathie et perdre la distance appropriée face aux affects du patient. En réaction, le thérapeute peut devenir indifférent en engourdissant sa sensibilité ou en cherchant à éviter délibérément les discussions sur l'expérience traumatique du patient. Le thérapeute peut développer de l'anxiété face à sa capacité d'aider le patient et devenir débordé par les sentiments d'impuissance du patient ou par sa culpabilité d'avoir été exempté d'une telle expérience traumatique. Finalement, le thérapeute peut devenir trop impliqué, et ce à partir d'une croyance excessive en sa responsabilité de sauver le patient qu'il considère comme impuissant et lamentable.

On doit noter que le thérapeute peut ressentir de la colère et de la rage envers l'agresseur, ou envers la société qui n'a pas su aider ou protéger la victime. Quoique ces réactions soient normales, le thérapeute devrait également porter attention au risque d'une traumatisation vicariante, et réviser si nécessaire ses propres représentations internes de soi et du monde (McCann et Perlman, 1991).

Evaluation de l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité thérapeutique s'obtient d'abord par l'examen continu de la poursuite des objectifs thérapeutiques décrits antérieurement. Le thérapeute évalue en premier lieu si le patient reconnaît mieux son soi traumatisé. Toutefois, l'acceptation du soi traumatisé est habituellement atteinte seulement après la révision complète de l'événement traumatique. En même temps, le thérapeute vérifie si le patient regagne un certain contrôle sur ses univers internes et externes. Cet objectif est atteint entièrement seulement lorsque la révision des représentations internes de soi et du monde chez le patient est complétée.

Avec l'intégration de l'information traumatique, le patient a habituellement repris son fonctionnement pré-morbide, parfois à un niveau plus adapté, et les symptômes de DSPT sont habituellement disparus, sans autre co-morbidité. Ce dernier objectif représente la pierre angulaire de l'évaluation de l'efficacité thérapeutique. Il peut subsister cependant quelques symptômes d'anxiété ou de DSPT si l'individu présentait un désordre prémorbide, ce qui habituellement entrave le traitement de l'information traumatique.

La terminaison du processus thérapeutique demande néanmoins d'atteindre deux autres objectifs thérapeutiques: l'automatisation de mécanismes de défense avancés et de certaines habiletés adaptatives face à l'éventualité de nouveaux événements à potentiel traumatique; également une reconceptualisation du traumatisme en tant que défi pour la croissance, et la nécessité de composer avec les aspects douloureux de la vie .

Limite de temps et terminaison

La durée d'une thérapie peut varier entre trois mois et jusqu'à deux ans. Alors que la durée de traitement peut habituellement être prédite par un thérapeute expérimenté au moment de l'accueil, cela peut être plus court ou plus long selon les motivations du patient pour un changement et/ou le fonctionnement prémorbide du moi.

La terminaison est habituellement d'abord évoquée par le thérapeute après que soit complétée la révision des représentations internes du patient. A cette étape, lorsque le patient s'est absenté de son travail suite au traumatisme, on planifie et on amorce un retour progressif au travail. Lorsque le patient a réintégré son travail avec succès, la fréquence des sessions de thérapie descend de deux à une par semaine. Le patient et le thérapeute discutent ensuite du travail thérapeutique réalisé et du travail qui reste à accomplir, incluant la terminaison de la thérapie. Il est important d'établir avec la participation du patient la date de terminaison, donnant à nouveau un contrôle au patient.

Avant de terminer, on doit aborder les réactions du patient face à la perte du thérapeute. A ce moment, il peut survenir une régression chez le patient, ainsi que la réapparition d'une certaine symptomatologie. En plus d'interpréter le désir du patient pour une continuité, il est important que le thérapeute souligne le besoin réduit du thérapeute par le patient, puisque la thérapie a conduit à une rémission de la symptomatologie, un retour au fonctionnement antérieur et un accroissement du sentiment d'auto-actualisation. A la fin de cette phase, le patient remercie habituellement le thérapeute de lui avoir procuré une aide compétente, alors que le thérapeute reconnaît les contributions du patient au processus de rétablissement.

Formation

La formation à la thérapie dynamique pour le DSPT demande au thérapeute de comprendre des concepts dynamiques de base. Toutefois tout thérapeute dynamique désireux de traiter des personnes traumatisées devrait se familiariser avec les caractéristiques du DSPT, avec les conflits associés, et se renseigner sur les divers modèles dynamiques contemporains de son étiologie.

La principale différence entre le thérapeute dynamique traditionnel et un thérapeute dynamique spécialisé dans le traitement du DSPT est que ce dernier reconnaît que les événements externes peuvent être traumatiques en soi et par soi et de les aborder comme tels.

Idéalement, le curriculum éducationnel selon la Society for Traumatic Stress Studies (1989) devrait être inclus dans la formation de tout thérapeute désireux de se spécialiser dans le traitement du DSPT. De façon pragmatique, j'ai réalisé qu'une formation complète implique des séminaires théoriques et des supervisions cliniques hebdomadaires pour au moins une année, des supervisions et des séminaires théoriques bi-mensuels pour la seconde année.

Un thérapeute formé avec succès devrait être capable de montrer une compréhension claire à la fois du DSPT et du processus thérapeutique, aussi bien qu'une efficacité dans les traitements fournis. Seulement des thérapeutes d'expérience devraient se spécialiser dans le traitement de DSPT.

Fondement empirique de l'approche

A ma connaissance, il n'existe qu'une recherche clinique à échantillonnage au hasard qui a vérifié l'efficacité du modèle de Horowitz. Brom, Kleber, et Defares (1989), ont échantillonné au hasard 112 sujets présentant un DSPT selon le diagnostic du DSM-III, et selon trois approches thérapeutiques: la thérapie dynamique brève de Horowitz, la désensibilisation systématique et la thérapie par hypnose - ainsi qu'un groupe contrôle en liste d'attente. La durée moyenne du traitement variait entre 15 et 19 sessions. Le résultat fut évalué sur le " Impact of Event Scale" entre autres mesures. Les 12 abandons étaient répartis également entre les groupes de thérapie.

Les résultats indiquaient qu'après quatre mois, les sujets traités présentaient de façon significative moins de symptômes reliés au traumatisme que chez les sujets du groupe contrôle. Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence significative entre les modalités thérapeutiques à la fin de la thérapie et durant le suivi.

Toutefois, la désensibilisation systématique et l'hypnothérapie ont eu tendance à démontrer un influence plus grande dans la réduction des symptômes d'intrusion, alors que la thérapie dynamique brève a eu tendance à démontrer un plus grand impact sur les symptômes d'évitement. Les auteurs ont de plus souligné que ces thérapies n'ont pas profité à tout le monde et que les effets n'étaient pas toujours substantiels; seulement 60 % des patients traités ont présenté des améliorations cliniques.

Ces résultats suggèrent, comme dans l'approche dynamique présentée ici, qu'une combinaison des approches de la thérapie dynamique et de l'hypnothérapie peut être bénéfique aux personnes traumatisées, chaque thérapie s'adressant principalement soit aux symptômes d'évitement ou d'intrusion, et qu'une durée plus longue de la thérapie devrait apporter de plus grandes améliorations.

En respectant le processus de la thérapie dynamique brève pour traumatisme, Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt, et Rosenbaum (1984) ont découvert dans un échantillon de 52 patients endeuillés que l'alliance thérapeutique est un prédicteur du résultat; et qu'il y a une interaction entre les motivations des patients avant traitement et deux types d'intervention. Les patients ayant une plus basse motivation allaient mieux avec des interventions de support, alors que les patients ayant une motivation plus élevée obtenaient de meilleurs résultats en travaillant davantage à différencier la réalité et les fantasmes. Ces résultats concordent avec le processus décrit dans le présent texte.