

# **Le traitement de l'état de stress post-traumatique**

**Ebru Salcioglu, PhD**

**DABATEM Meşelik Sok. 36 / 5, Sıraselviler, Beyoğlu, Istanbul 34433, Turkey.**

**Tél: +90-212-249 6949**

**Télec.: +90-2122452385**

**Courriel: [Ebru.Salcioğlu@iop.kcl.ac.uk](mailto:Ebru.Salcioğlu@iop.kcl.ac.uk) ; [esalcioğlu@dabatem.org](mailto:esalcioğlu@dabatem.org)**

**Section of Trauma Studies**

**Institute of Psychiatry**

**King's College London, United Kingdom**

**Istanbul Center for Behavior Research and Therapy, Turkey**

**Metin Basoglu, MD, PhD**

**Section of Trauma Studies**

**Institute of Psychiatry**

**King's College London, United Kingdom**

**Istanbul Center for Behavior Research and Therapy, Turkey**

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble mental commun chez les personnes qui ont été exposées à des événements traumatiques. Depuis son introduction au sein des systèmes de classification en psychiatrie dans les années 1980, diverses approches psychothérapeutiques ont été mises à l'essai dans le traitement de l'ÉSPT. L'efficacité de ces thérapies dans la réduction des symptômes de stress post-traumatique varie considérablement de l'une à l'autre. Des méta-analyses d'essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire ont permis de conclure que les psychothérapies se concentrant sur le traumatisme sont les plus efficaces dans le traitement de l'ÉSPT (Bisson et coll. 2007; Bradley et coll. 2005; Van Etten et Taylor 1998). Les thérapies axées sur les traumatismes comprennent des approches de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), particulièrement la thérapie par l'exposition et la thérapie cognitive, ainsi que l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* ou *EMDR*). Une analyse de ces thérapies, de leur fondement théorique, de leurs applications, de leur efficacité et des enjeux entourant leur possibilité d'exécution dans différents contextes est exposée dans le présent article.

## **La thérapie par l'exposition**

La thérapie par l'exposition est la technique qui est fondée sur le plus grand nombre de données probantes et qui est la plus soutenue en ce qui a trait à son efficacité dans le traitement de l'ÉSPT. Son efficacité a été démontrée auprès d'un large éventail de victimes de traumatismes suivant un traitement clinique (voir l'analyse de Bradley et coll. 2005). Le fondement théorique de l'exposition émerge de la théorie de l'apprentissage, soit du concept de l'acquisition de la peur et du concept d'extinction (ou habituation). Selon la théorie de l'apprentissage, la peur est acquise par le biais du conditionnement classique et par l'exposition systématique aux stimuli redoutés sans présenter de conséquences défavorables lors de la réduction progressive de la réponse de peur (habituation à la réponse conditionnelle de peur). La théorie des mécanismes de changement qui domine dans la thérapie par l'exposition est la théorie du traitement de l'information émotionnelle liée à la peur (Foa et Kozak 1986; Foa et McNally 1996). Cette théorie tient compte du conditionnement à la peur dans un cadre cognitif plus vaste et considère les émotions comme étant représentatives de structures d'information de la mémoire. Par conséquent, la peur est considérée comme une structure mnésique qui comporte de l'information sur les stimuli redoutés, les réponses physiologiques, comportementales et cognitives que ces derniers suscitent et sur la signification attribuée à l'association des stimuli redoutés et des éléments de réponse. Le

traitement de l'information émotionnelle comprend la modification de la structure mnésique qui est à la base de la peur. La thérapie par l'exposition exerce son effet par le biais d'une activation de cette « structure mnésique » et de l'intégration de l'information non pathologique avec laquelle elle est incompatible (infirmité de la probabilité surestimée d'un dommage). La réponse de peur initiale et l'étendue de la réduction de cette émotion, dans le cadre des séances d'exposition et entre celles-ci, sont des indicateurs de la réussite du traitement de l'information émotionnelle déterminant le résultat de la thérapie par l'exposition. Malgré sa popularité, peu de données empiriques soutiennent la théorie du traitement de l'information émotionnelle liée à la peur. Une analyse récente (Craske et coll. 2008) trouve peu de fondement pour le rôle de la réponse initiale de peur et la réduction de cette émotion dans l'amélioration générale du problème. Dans certains cas, une amélioration se produit malgré le manque de réduction significative de la peur et de l'anxiété (Craske et coll. 2008; Marks et Dar 2000), alors que dans d'autres, la peur s'estompe malgré les attentes négatives confirmées au cours de l'exposition (Marks et Dar 2000). Bien que l'exposition soit une méthode efficace, on doit en délimiter ses mécanismes d'action.

Deux formes d'exposition sont utilisées dans le traitement de l'ÉSPT: l'exposition imaginaire ou réelle à des événements déclencheurs liés à l'événement traumatique. Dans le cadre de l'exposition imaginaire, la victime raconte des souvenirs de l'événement traumatique évoquant de l'anxiété de façon systématique, prolongée et répétitive, alors que dans le cadre de l'exposition réelle, elle confronte des événements déclencheurs liés au traumatisme qui génèrent en elle de l'anxiété. La plupart des protocoles thérapeutiques combinent les deux méthodes, alors que les autres comprennent seulement l'exposition imaginaire (voir Bryant et coll. 2003; Keane et coll. 1989; Tarrier et coll. 1999b). La manière dont l'exposition imaginaire et réelle sont mises en œuvre montre à quel point les programmes thérapeutiques peuvent varier entre eux. Par exemple, dans le programme thérapeutique très largement utilisé d'exposition prolongée (Foa et coll. 1999a; Foa et coll. 2005; Foa et coll. 1991b), l'exposition réelle est introduite simultanément avec l'exposition imaginaire et celle-ci est suivie d'une discussion sur les réponses émotionnelles aux souvenirs traumatiques. En revanche, dans le protocole bien connu de thérapie par l'exposition (Marks et coll. 1998; Taylor et coll. 2003), l'exposition réelle est introduite en cours de traitement à la suite de 5 séances d'exposition imaginaire et aucune discussion sur les réponses émotionnelles aux souvenirs traumatiques n'est effectuée. Beaucoup de programmes thérapeutiques basés principalement sur ces deux protocoles ont également recours à des interventions supplémentaires, comme des techniques de gestion de l'anxiété (la relaxation, l'entraînement aux stratégies d'adaptation, l'entraînement au contrôle de la respiration, l'arrêt des pensées et le dialogue dirigé avec soi-même) (Cloitre et coll. 2002; Lee et coll. 2002), la restructuration cognitive (Difede et coll. 2007; Fecteau et Nicki 1999; Glynn et coll. 1999; Schnurr et coll. 2003), la psychothérapie de soutien (Bryant et coll. 2003) et le recodage des informations par imagerie mentale (développer une autre représentation visuelle positive de soi-même pour surmonter plus efficacement le traumatisme, pendant et/ou après l'événement) (Arntz et coll. 2007; Grunert et coll. 2007). Il y a relativement peu de recherches qui ont été effectuées afin d'analyser la contribution de ces techniques à l'amélioration des symptômes. Alors que certaines études (Bryant et al. 2003) laissent entendre que l'ajout de la restructuration cognitive à l'exposition améliore l'efficacité du traitement, d'autres démontrent que les interventions cognitives (Foa et coll. 2005; Marks et coll. 1998; Paunovic et Öst 2001) ou les diverses techniques de gestion de l'anxiété (Foa et coll. 1999a) ne confèrent aucun autre bienfait lorsqu'elles sont utilisées en combinaison à l'exposition.

Un programme thérapeutique d'exposition comprend habituellement 9 à 10 séances hebdomadaires et chaque traitement dure en moyenne de 60 à 90 minutes. Cependant, le nombre et la durée des séances varient considérablement selon les différents protocoles. Dans

les essais contrôlés à répartition aléatoire sur la thérapie par l'exposition, le nombre et la durée des séances thérapeutiques varient entre 3 et 34 séances de 50 à 140 minutes, respectivement. Bien que les raisons expliquant cette variabilité ne soient pas claires, l'inclusion d'interventions supplémentaires dans les protocoles de thérapie par l'exposition semble accroître la durée de prestation du traitement.

Malgré la reconnaissance de son efficacité, la thérapie par l'exposition n'est pas très répandue dans la pratique clinique. Une enquête effectuée au Royaume-Uni a permis de constater qu'une grande majorité de psychologues doctorants agréés n'utilisent pas la thérapie par l'exposition pour traiter les patients en ÉSPT (Becker et al. 2004). Le manque de formation est un facteur important ayant mené à ce constat, mais la perception des psychologues envers de possibles contre-indications à l'utilisation de l'exposition crée également des obstacles à son utilisation dans la pratique clinique.

Certains auteurs laissent entendre que les taux élevés d'anxiété induits par l'exposition à des événements déclencheurs liés à l'évènement traumatique est susceptible d'accroître les niveaux de détresse psychologique des patients, entraînant des effets indésirables et un taux élevé d'abandon du traitement (Kilpatrick et Best 1984; Pitman et coll. 1991). La seule étude (Foa et coll. 2002) analysant la détérioration des symptômes dans le cadre de la thérapie par l'exposition au moyen d'une définition fiable de l'aggravation des symptômes a permis de constater un certain accroissement de l'ÉSPT, de l'anxiété et des symptômes dépressifs à la suite de l'initiation à l'exposition imaginaire. Par contre, l'exacerbation des symptômes était temporaire et n'était pas associée à l'abandon ou au résultat du traitement. Une autre étude qui analysait les taux d'abandon dans le cadre de 25 études sur les traitements de l'ÉSPT n'a pas permis de constater d'importantes différences entre la thérapie par l'exposition et les autres protocoles de traitement axés sur le traumatisme (Hembree et coll. 2003). Ces constats n'appuyaient pas l'hypothèse de la diminution de la tolérabilité à la thérapie par l'exposition.

## **La thérapie cognitive**

La thérapie cognitive repose sur la compréhension du fait que l'anxiété survient en raison du traitement sélectif de l'information issue de l'environnement qui est perçu comme un signal de menace ou de danger pour l'individu et ces biais cognitifs peuvent être corrigés par le biais du raisonnement conscient (Beck et Clark 1997; Beck et coll. 1985). Chez les victimes de traumatismes, on croit que la vision mésadaptée du traumatisme et de ses conséquences sur la vie d'une personne jouent également un rôle crucial dans la pathogénie de l'ÉSPT (Ehlers et Clark 2000; Janoff-Bulman 1992). La thérapie est donc conçue pour restructurer ou corriger les modes de pensée dysfonctionnels qui sont responsables de la détresse psychologique, de l'anxiété et de la peur. On enseigne à la personne traumatisée la manière de surmonter ses pensées dysfonctionnelles par le biais du raisonnement socratique, d'en évaluer la validité par l'entremise d'expériences comportementales dans des situations perçues comme menaçantes ou dangereuses et de les remplacer par des pensées reflétant davantage la réalité. L'exposition à des événements déclencheurs liés à l'évènement traumatique, que l'on désigne comme des expériences comportementales, est considérée comme une composante nécessaire au succès du traitement parce qu'elle permet de mieux gérer les informations liées à une menace (Beck et Clark 1997; Beck et coll. 1985). Beaucoup de protocoles de thérapie cognitive comportent donc un volet d'exposition, mais celui-ci est limité à quelques séances seulement et vise à enseigner aux victimes de traumatismes la manière de modifier leurs croyances concernant la signification de l'évènement traumatique.

Bien que l'ensemble des programmes de thérapie cognitive incorpore le raisonnement socratique dans leurs protocoles, ils se distinguent sur le plan des croyances et des

appréhensions qu'ils visent et de la manière d'implanter cette technique. Ils se distinguent aussi dans la manière d'implanter l'exposition dans le traitement. Par exemple, dans la thérapie bien connue du traitement de l'information cognitive (Cognitive Processing Therapy ou CPT) (Resick and Schnicke 1993), on encourage les patients à entreprendre la thérapie par l'exposition imaginaire en rédigeant un récit détaillé à propos de leur traumatisme, à revivre les émotions qui lui sont liées, pour ensuite se faire la lecture de leur propre récit. Par ailleurs, dans le protocole de thérapie cognitive (Ehlers et al. 2005), une combinaison de techniques d'exposition est utilisée en guise de traitement. Les patients sont invités à rédiger un récit détaillé à propos de l'évènement traumatique, à le revivre en imagination et à se rendre à l'endroit où le traumatisme s'est produit. D'autres protocoles de thérapie cognitive (Marks et al. 1998; Tarrier et al. 1999a) ne comportent aucun volet d'exposition.

Des études contrôlées sur un groupe à répartition aléatoire ont permis de déterminer l'efficacité de la thérapie cognitive en comparaison avec un groupe témoin sur une liste d'attente et un autre faisant l'objet d'une supervision minimale (Ehlers et coll. 2005; Ehlers et coll. 2003; Resick et coll. 2002). Des études comparatives ont également permis de constater que la restructuration cognitive s'avère tout aussi efficace que l'exposition (Marks et coll. 1998; Resick et coll. 2002; Tarrier et coll. 1999a). Cependant, il n'y a pas assez de données probantes disponibles pour arriver à une conclusion au sujet du rôle des interventions cognitives dans la détermination de la réponse au traitement. Comme il a été indiqué précédemment, beaucoup de programmes de thérapie cognitive (Ehlers et coll. 2005; Ehlers et coll. 2003; Resick et coll. 2002) comprennent un élément d'exposition qui complique la compréhension des véritables effets des interventions cognitives. Bien que certains protocoles (Marks et coll. 1998; Tarrier et coll. 1999a) ne comportent pas directement le recours à l'exposition, il est possible qu'ils puissent avoir été inspirés de cette technique. Aucune étude n'a vérifié si la thérapie cognitive a amené certaines personnes traumatisées à l'auto-exposition systématique entre leurs séances de traitement. Par ailleurs, même si des changements cognitifs sont responsables du résultat du traitement, la thérapie par l'exposition ne peut fournir à elle seule une occasion d'évaluer les appréhensions dysfonctionnelles du traumatisme et de mener par le fait même à des changements sur le plan cognitif. Il y a effectivement des études qui montrent que la thérapie par l'exposition sans restructuration cognitive produit autant de changements sur le plan cognitif que lorsque celle-ci est employée (Foa et Rauch 2004; Livanou et coll. 2002; Paunovic et Öst 2001). Dans ces études, des réductions de cognitions négatives étaient associées de façon significative à des réductions de symptômes d'ÉSPT, laissant entendre que les changements cognitifs se produisent en réponse à l'amélioration de l'ÉSPT, et non le contraire. Ces constats appuient la thèse selon laquelle les réponses cognitives aux traumatismes sont des épiphénomènes de stress post-traumatique. En effet, bien que les personnes en ÉSPT aient tendance à indiquer des croyances plus négatives (Dunmore et coll. 1999; Foa et coll. 1999b; Steil et Ehlers 2000) ou à présenter des biais dans le traitement de l'information (Foa et coll. 1991a; Smith et Bryant 2000; Zoellner et coll. 2000), il n'existe aucune preuve démontrant que ces tendances sont la cause de l'ÉSPT. Les études dans lesquelles on a eu recours à des contrôles statistiques pour examiner le rôle de tous les facteurs ayant possiblement contribué à ce trouble (caractéristiques démographiques, antécédents personnels, caractéristiques de l'exposition au traumatisme, etc.) n'ont pu trouver une forte relation entre les croyances et l'ÉSPT (Basoglu et coll. 2005a; Salcioglu 2004).

Comme dans le cas de la thérapie par l'exposition, le nombre et la durée des séances de traitement varient selon les programmes de thérapie cognitive. Dans les études à répartition aléatoire, par exemple, le traitement est dispensé dans le cadre de 4 à 30 séances d'une durée variant entre 60 et 120 minutes. Le fait que différents protocoles comportent des techniques

différentes et mettent l'accent sur les différents processus cognitifs pourrait expliquer cette variabilité dans la durée du traitement.

## **L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires**

Dans le domaine du traitement de l'ÉSPT, on a connu une croissance rapide de nouveaux protocoles thérapeutiques, dont le plus étudié est sans doute l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Cette intervention thérapeutique est une thérapie de traitement de l'information au cours de laquelle le patient raconte l'évènement traumatique au moyen de ses caractéristiques cognitives, affectives et physiologique tout en se concentrant visuellement sur des mouvements bilatéraux d'un stimulus externe jusqu'à ce que la détresse psychologique évoquée par les souvenirs traumatiques diminue (Shapiro 2001). Les théoriciens de cette technique soutiennent que les mouvements oculaires permettent de réduire la détresse associée aux souvenirs traumatiques et favorisent la reprogrammation du traitement des informations cognitives et émotionnelles relatives à l'évènement traumatique. L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires a produit d'importants effets thérapeutiques dans le cadre d'études contrôlées à répartition aléatoire comportant une liste d'attente ou des groupes témoins placebo (Bradley et coll. 2005). Deux études effectuées selon des méthodologies rigoureuses ont comparé l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires à la thérapie par l'exposition. Dans l'une de ces études (Taylor et coll. 2003), la thérapie par l'exposition, comparativement à l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires, a) a produit de plus importantes réductions des symptômes d'évitement et de réviviscence, b) avait tendance à réduire plus rapidement les symptômes d'évitement et c) avait tendance à produire une plus grande proportion de participants ne répondant plus aux critères de l'ÉSPT à la suite du traitement. Dans une autre étude (Rothbaum et coll. 2005), tant la thérapie par l'exposition que l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires ont permis de réaliser d'importantes améliorations sur le plan clinique et statistique à la suite du traitement, mais un suivi de 6 mois en thérapie par l'exposition a permis d'obtenir des taux plus élevés d'amélioration que l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (soit 78 % et 35 %, respectivement).

L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires combine de nombreuses perspectives et techniques théoriques, dont les plus courantes sont l'exposition imaginaire et la restructuration cognitive. Les tenants de cette thérapie soutiennent que l'exposition prolongée et sans interruption exigée pour obtenir une réduction de la peur et une infirmation des expectatives qui lui sont liées dans la thérapie par l'exposition (Foa and Kozak 1986; Marks 1987) contraste avec la nature très brève et interrompue de l'exposition imaginaire des séances d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Cependant, la recherche sur les mécanismes de changement cognitif dans le cadre de la thérapie par l'exposition n'est pas concluante quant à ces exigences (Craske et Mystkowski 2006; Craske et coll. 2008). Les tenants de l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires prétendent également que le recours aux mouvements oculaires dirigés distingue cette forme de thérapie des autres approches cognitivo-comportementales. En revanche, le rôle des mouvements oculaires dans la thérapie n'a pas encore été clarifié de manière théorique et les constats des études détaillées (examinées dans la méta-analyse de Davidson et Parker 2001) laissent entendre que les mouvements oculaires ne sont ni nécessaires ni suffisants au résultat du traitement. Ces études remettent en question les assises théoriques de l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Il semble que les techniques d'exposition au traumatisme et de retraitement de l'information émotionnelle que partagent ces deux formes de thérapies soient principalement responsables des progrès réalisés dans le cadre de

l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (American Psychiatric Association 2004).

L'un des principaux avantages de l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires est qu'il s'agit d'une intervention relativement brève. Elle s'avère efficace en seulement 4 à 6 séances de 60 à 90 minutes chacune. On a également laissé entendre que sa faible dépendance aux récits verbaux du traumatisme et le fait qu'elle offre des techniques de régulation de l'anxiété au cours des séances d'exposition imaginaire fait en sorte que cette thérapie suscite moins d'anxiété chez les patients qui la tolère mieux que la thérapie par l'exposition (American Psychiatric Association 2004; Pitman et al. 1996). En revanche, aucune étude n'a comparé la tolérabilité de ces traitements à ce jour. Une étude examinant les taux d'abandon dans le cadre de 25 études sur les traitements de l'ÉSPT n'a pas permis de constater d'importantes différences entre l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires et la thérapie par l'exposition (soit 19 % et 20,5 %, respectivement) (Hembree et coll. 2003).

### **La thérapie axée sur la maîtrise du comportement**

L'applicabilité transculturelle de ces interventions examinée jusqu'à maintenant demeure méconnue étant donné qu'elle a été évaluée seulement dans les pays occidentaux. Leur possibilité d'exécution et leur efficacité auprès de victimes de catastrophes naturelles et de la guerre sont également méconnues. Étant donné que la thérapie par l'exposition cible des comportements universels de l'être humain (peur et anxiété), on pourrait s'attendre à des résultats identiques dans des milieux culturels différents. Par contre, il est difficile de faire des prédictions concernant les interventions cognitives, car la validité transculturelle des modes de pensée mésadaptés ou erronés relatifs au traumatisme et ses séquelles n'est pas encore connue. De plus, les exigences relatives à la tenue de fichiers personnels (Foa et coll. 1991b; Resick et coll. 2002) et aux lourdes tâches de rédaction (Resick et coll. 2002) que comprennent les protocoles de thérapie par l'exposition et de thérapie cognitive sont susceptibles de compliquer leur exécution auprès des victimes ayant des niveaux de scolarisation peu élevés qui caractérisent les populations des pays en développement. Ces protocoles imposent également des défis d'utilisation dans les contextes d'après catastrophe et d'après-guerre, quand les victimes doivent surmonter des problèmes quotidiens liés à la survie. Malgré leur durée relativement courte, la thérapie par l'exposition et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires ne sont pas suffisamment brèves pour faciliter la diffusion à la suite de tels événements traumatiques à grande échelle. La forte demande de soins psychiatriques engorge souvent les ressources cliniques et l'importante mobilité démographique rend la présence à de multiples séances de traitement difficile. Les procédures complexes que comportent la conduite de la thérapie par l'exposition imaginaire et la restructuration cognitive posent des difficultés dans la formation des thérapeutes. Elles ne conviennent pas non plus à une forme d'intervention individuelle auto-administrée parce qu'elles reposent sur une implication importante du thérapeute. En effet, deux études contrôlées à répartition aléatoire n'ont pu démontrer l'efficacité des livrets de conseils aux patients basés sur des procédures cognitivo-comportementales dans le traitement des symptômes de stress post-traumatique (Ehlers et coll. 2003; Scholes et coll. 2007).

Compte tenu de ces considérations, une version courte et simplifiée de la thérapie par l'exposition utilisée à la suite des tremblements de terre dévastateurs qui ont eu lieu en Turquie en 1999 a été développée. La thérapie par l'exposition fut modifiée: a) en mettant l'accent uniquement sur l'évitement comportemental (exposition réelle aux éléments déclencheurs du traumatisme); et b) en modifiant l'orientation du traitement pour mettre l'accent sur le renforcement du sentiment de maîtrise des stimuli redoutés plutôt que sur

l'habituatation à ceux-ci. Cette modification reposait sur deux considérations: les expériences avec les animaux démontrent que les facteurs de stress imprévisibles et incontrôlables jouent un rôle important dans le développement de réactions liées à l'anxiété et la peur (Basoglu et Mineka 1992; Foa et coll. 1992) et les données probantes tirées de la recherche auprès de victimes de traumatismes (Basoglu et coll. 2007a; Basoglu et coll. 2005a; Basoglu et coll. 1997; Mineka et Zinbarg 2006; Salcioglu 2004) laissent entendre que la faible maîtrise des facteurs de stress joue un rôle médiateur crucial dans l'ÉSPT. Aider la personne à maîtriser les facteurs de stress pourraient donc réduire son niveau de stress post-traumatique (Basoglu et Mineka 1992). Certains auteurs (Craske et Mystkowski 2006; Craske et coll. 2008) ont également évoqué un changement de l'orientation axée sur la réduction de la peur au cours de l'exposition en un indice d'apprentissage orienté sur un modèle de thérapie par l'exposition se concentrant sur l'affaiblissement de l'évitement comportemental et le renforcement de la tolérance face à la peur et aux états d'aversion mentale. La nouvelle thérapie axée sur la maîtrise du comportement cible donc l'évitement des événements déclencheurs du traumatisme et comporte principalement des directives dispensées par des thérapeutes pour l'auto-exposition aux situations redoutées et évitées jusqu'à ce que la victime soit capable de les tolérer et que celle-ci se sente en contrôle de son anxiété et de sa peur (plutôt que jusqu'à ce que la « peur soit réduite »).

La thérapie axée sur la maîtrise du comportement a été évaluée dans le cadre de deux études cliniques ouvertes et de deux études cliniques à répartition aléatoire dans lesquelles participaient 331 victimes d'un tremblement de terre atteintes d'un ÉSPT chronique. Dans l'une de ces études ouvertes (Basoglu et coll. 2003b), cette thérapie a permis de réaliser d'importantes améliorations dans 76 % des cas en une seule séance et dans 88 % des cas en deux séances. Dans l'une des études à répartition aléatoire, elle a permis l'amélioration de l'état de 80 % des victimes lorsqu'elle était dispensée en une seule séance (Basoglu et coll. 2005b). L'évitement comportemental fut le premier symptôme qui s'est amélioré au début du traitement (6 semaines), suivi de l'amélioration des symptômes de réviviscence et d'émoussement de la réactivité générale (Salcioglu et coll. 2007). Par conséquent, la réduction des symptômes d'évitement semblait être le facteur crucial ayant permis d'amorcer le processus d'amélioration des autres symptômes. D'autres études ont montré que l'effet thérapeutique pouvait être augmenté de 20 % par l'ajout d'une séance supplémentaire comprenant une exposition à des simulations de secousses sismiques supervisée par un thérapeute dans un simulateur de tremblements de terre (Basoglu et coll. 2003a; Basoglu et coll. 2007b). Les améliorations réalisées étaient maintenues à long terme dans l'ensemble des études recensées, et ce, malgré l'exposition des victimes à de nombreuses répliques et la possibilité que survienne un autre tremblement de terre. La thérapie axée sur la maîtrise du comportement a également permis de réaliser des améliorations considérables lorsqu'elle était dispensée sous la forme d'un guide d'aide individuelle qui était remis au patient à la suite d'un premier contact avec un thérapeute (Basoglu et coll. 2009). Tout ceci laisse entendre que le facteur le plus important du traitement était la prestation efficace d'ingrédients thérapeutiques cruciaux, plutôt que le mode de prestation lui-même. Ces résultats ont démontré que la thérapie axée sur la maîtrise du comportement présente un potentiel prometteur dans le traitement des victimes de catastrophes à grande échelle dans des contextes non occidentaux. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats auprès des populations traumatisées vivant dans des contextes culturels différents.

## **Conclusion**

Le présent article examinait les approches de traitement de l'ÉSPT axées sur le traumatisme. Les thérapies par l'exposition, les thérapies cognitives et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires sont toutes des thérapies efficaces dans le traitement de ce trouble.

L'exposition présente plusieurs avantages comparativement à la thérapie cognitive et l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Son fondement théorique est plus robuste et a été validé sur le plan expérimental. Ses données probantes sont également plus nombreuses; elle a été évaluée auprès d'un échantillon plus important de victimes de traumatismes et semble plus prometteuse sur le plan de la possibilité d'exécution. Malgré ces avantages, la thérapie par l'exposition n'est pas entièrement dépourvue de problèmes. Environ 40 % à 50 % des patients n'arrivent pas à réaliser des améliorations cliniquement significatives à la suite de la thérapie par l'exposition. Ces modestes taux d'amélioration pourraient s'expliquer par la priorité importante accordée à la réduction de l'anxiété, plutôt qu'à la tolérance à l'anxiété, ce qui peut s'avérer inefficace dans le contexte thérapeutique. Certains auteurs (Craske et Mystkowski 2006; Craske et coll. 2008) ont proposé de s'orienter vers un modèle de la thérapie par l'exposition se concentrant sur l'affaiblissement de l'évitement comportemental et le renforcement de la tolérance face à la peur. Les données récentes (Basoglu et coll. 2003b; Basoglu et coll. 2007b; Basoglu et coll. 2005b) provenant d'études cliniques auprès de victimes de tremblements de terre ont montré qu'une approche thérapeutique axée sur le comportement mettant l'accent sur l'amélioration du degré de maîtrise des facteurs de stress et sur l'atténuation de l'évitement des événements déclencheurs de traumatisme s'avère très efficace dans le traitement de l'ÉSPT. Bien qu'un plus grand nombre d'études contrôlées soit nécessaire pour confirmer l'efficacité de ce traitement auprès d'autres populations exposées à des traumatismes, la thérapie axée sur la maîtrise du comportement semble être un traitement court et prometteur pour l'ÉSPT.

## Bibliographie

- American Psychiatric Association. 2004. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Arntz A, Tiesema M, Kindt M. 2007. Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38(4):345-370.
- Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C. 2007a. Torture vs other cruel, inhuman, and degrading treatment - Is the distinction real or apparent? *Archives of General Psychiatry* 64(3):277-285.
- Basoglu M, Livanou M, Crnobaric C, Franciskovic T, Suljic E, Duric D, Vranesic M. 2005a. Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia - Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *JAMA* 294(5):580-590.
- Basoglu M, Livanou M, Salcioglu E. 2003a. A single session with an earthquake simulator for traumatic stress in earthquake survivors. *American Journal of Psychiatry* 160(4):788-790.
- Basoglu M, Livanou M, Salcioglu E, Kalender D. 2003b. A brief behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder in earthquake survivors: results from an open clinical trial. *Psychological Medicine* 33(4):647-654.
- Basoglu M, Mineka S. 1992. The role of uncontrollable and unpredictable stress in post-traumatic stress responses in torture survivors. In: Basoglu M, editor. *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gok S. 1997. Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine* 27(6):1421-1433.
- Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M. 2007b. A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine* 37(2):203-213.
- Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M. 2009. Single-case experimental studies of a self-help manual for traumatic stress in earthquake survivors. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 40(1):50-58.
- Basoglu M, Salcioglu E, Livanou M, Kalender D, Acar G. 2005b. Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress* 18(1):1-11.
- Beck AT, Clark DA. 1997. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy* 35(1):49-58.
- Beck AT, Emery G, Greenberg R. 1985. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Becker CB, Zayfert C, Anderson E. 2004. A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 42(3):277-292.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. 2007. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder - Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190:97-104.
- Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. 2005. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162(2):214-227.
- Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RD. 2003. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71:706-712.
- Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. 2002. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(5):1067-1074.
- Craske M, Mystkowski JL. 2006. Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In: Craske MG, Hermans D, Vansteenwegen D, editors. *Fear and Learning: From Basic Principles to Clinical Implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A. 2008. Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy* 46(1):5-27.
- Davidson PR, Parker KC. 2001. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69:305-316.

- Difede J, Malta LS, Best SR, Henn-Haase C, Metzler TJ, Bryant R, Marmar C. 2007. A randomized controlled clinical treatment trial for World Trade Center attack-related PTSD in disaster workers. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195:861-865.
- Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. 1999. Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy* 37(9):809-829.
- Ehlers A, Clark DM. 2000. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38(4):319-345.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M. 2005. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy* 43(4):413-431.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, Mayou R. 2003. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 60(10):1024-1032.
- Fecteau G, Nicki R. 1999. Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 27:201-214.
- Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, Jaycox LH, Meadows EA, Street GP. 1999a. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(2):194-200.
- Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. 1999b. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment* 11(3):303-314.
- Foa EB, Feske U, Murdock TB, Kozak MJ, McCarthy PR. 1991a. Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology* 100(2):156-162.
- Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E. 2005. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(5):953-964.
- Foa EB, Kozak MJ. 1986. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 99(1):20-35.
- Foa EB, McNally RJ. 1996. Mechanisms of change in exposure therapy. In: Rapee RM, editor. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Foa EB, Rauch SAM. 2004. Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(5):879-884.
- Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock T. 1991b. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(5):715-723.

- Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. 1992. Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal-model. *Psychological Bulletin* 112(2):218-238.
- Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hembree EA, Alvarez-Conrad J. 2002. Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4):1022-1028.
- Glynn SM, Eth S, Randolph ET and others. 1999. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(2):243-251.
- Grunert BK, Weis JM, Smucker MR, Christianson HF. 2007. Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38(4):317-328.
- Hembree EA, Foa EB, Dorfman NM, Street GP, Kowalski J, Tu X. 2003. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress* 16(6):555-562.
- Janoff-Bulman R. 1992. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zimering RT. 1989. Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* 20(2):245-260.
- Kilpatrick DG, Best CL. 1984. Some cautionary remarks on treating sexual assault victims with implosion. *Behavior Therapy* 15(4):421-423.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. 2002. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology* 58(9):1071-1089.
- Livanou M, Basoglu M, Marks IM, De Silva P, Noshirvani H, Lovell K, Thrasher S. 2002. Beliefs, sense of control and treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine* 32(1):157-165.
- Marks I, Dar R. 2000. Fear reduction by psychotherapies: Recent findings, future directions. *British Journal of Psychiatry* 176(6):507-511.
- Marks IM. 1987. *Fears, Phobias, and Rituals*. Oxford: Oxford University Press.
- Marks IM, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M. 1998. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring - A controlled study. *Archives of General Psychiatry* 55(4):317-325.
- Mineka S, Zinbarg R. 2006. A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders - It's not what you thought it was. *American Psychologist* 61(1):10-26.
- Paunovic N, Öst L-G. 2001. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy* 39(10):1183-1197.

- Pitman RK, Altman B, Greenwald E, Longpre RE, Macklin ML, Poire RE, Steketee GS. 1991. Psychiatric complications during flooding therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 52:17-20.
- Pitman RK, Orr SP, Altman B, Longpre RE, Poire RE, Macklin ML. 1996. Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry* 37(6):419-429.
- Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. 2002. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4):867-879.
- Resick PA, Schnicke MK. 1993. *Cognitive processing therapy for rape victims*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. 2005. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 18(6):607-616.
- Salcioglu E. 2004. The effect of beliefs, attribution of responsibility, redress and compensation on posttraumatic stress disorder in earthquake survivors in Turkey [PhD Dissertation]. London: King's College London.
- Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. 2007. Effects of live exposure on symptoms of posttraumatic stress disorder: The role of reduced behavioral avoidance in improvement. *Behaviour Research and Therapy* 45(10):2268-2279.
- Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW, Glynn SM, Wattenberg M, Bernardy NC. 2003. Randomized Trial of Trauma-Focused Group Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: Results From a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Archives of General Psychiatry* 60(5):481-489.
- Scholes C, Turpin G, Mason S. 2007. A randomised controlled trial to assess the effectiveness of providing self-help information to people with symptoms of acute stress disorder following a traumatic injury. *Behaviour Research and Therapy* 45(11):2527-2536.
- Shapiro F. 2001. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: The Guilford Press.
- Smith K, Bryant RA. 2000. The generality of cognitive bias in acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 38(7):709-715.
- Steil R, Ehlers A. 2000. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 38(6):537-558.
- Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, Barrowclough C. 1999a. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(1):13-18.

- Tarrier N, Sommerfield C, Pilgrim H, Humphreys L. 1999b. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder - Twelve-month follow-up. *British Journal of Psychiatry* 175:571-575.
- Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. 2003. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(2):330-338.
- Van Etten ML, Taylor S. 1998. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 5(3):126-144.
- Zoellner LA, Foa EB, Brigidi BD, Przeworski A. 2000. Are trauma victims susceptible to false memories? *Journal of Abnormal Psychology* 109(3):517-524.