ALFEST

Association de langue française pour l'étude du stress et du trauma

Journée scientifique de l'ALFEST

Jeudi 7 juin 2018

«LE TRAUMATISME PSYCHIQUE: DU DIAGNOSTIC AUX INDICATIONS THERAPEUTIQUES»

Ecole du Val de Grâce - PARIS

«LE TRAUMATISME PSYCHIQUE:DU DIAGNOSTIC AUX INDICATIONS THERAPEUTIQUES»

Présidence: **Humbert Boisseaux et Marc-Paul Sebastiao**, Président et trésorier de Alfest)

9 00 – Ouverture –Humbert Boisseaux

9 15 – Serban Ionescu (Professeur de psychopathologie, Paris) *«Les différentes thérapies du traumatisme psychique»*

10 00 – Bertrand Lahutte (Professeur agrégé du val de Grâce, chef du service de psychiatrie HIA Begin): *«Traumatisme psychique et névrose traumatique: Psychothérapie de soutien, thérapie analytique, psychanalyse: indications et spécificités »*

10 45 – Pause -café

Présidence: Jean-Philippe Rondier et Samuel Lemitre (Administrateurs de l'Alfest)

11 15 – **Magalie Sabot** (Psychologue clinicienne, Docteur en Psychologie clinique et psychopathologique, Paris) «L'*hypnose après un traumatisme: remise en mouvement des images et travail de rêve"*

12 00 – Pause – Repas libre

Présidence: **Gilbert Vila et Jean-Michel Coq**, (Vice président et administrateur de l'Alfest)

14 00 – **Sylvie Molenda** (Docteur en psychologie clinique, Lille) – «*Trouble de stress post-traumatique et troubles comorbides : indications et limites des thérapies cognitives et comportementales. »*

14 45 – Lionel Gibert* (chef de clinique de psychiatrie, Hôpital Paul Brousse, Paris), *« Mindfullness: intérêts et limites »*

15 30 – Pause

Présidence: Muriel Katz et Etienne Vermeiren (Administrateur et vice président de l'Alfest)

16 00 – **Florence Calicis** (Psychologue, psychothérapeute systémicienne, Bruxelles, maître de conférence à l'Université de Liège) *«L'élaboration familiale des traumatismes psychiques : une étude de cas systémique".*

16 45 – Carole Damiani (Docteur en psychologie clinique, Paris Aide aux Victimes, Paris) *« La guidance auprès des proches de victimes »*

17 30 – Synthèse par Gilbert Vila (administrateur de l'Alfest) - **Informations diverses – C. Damiani**

💣 **REPRODUCTION STRICTEMENT INTERDITE**. Pour citer:

Nom de l'auteur (2017). Titre de l'article. In : Alfest (dir.). *Le traumatisme psychique : du diagnostic aux indications thérapeutiques*. Journée scientifique de l'alfest du 7 juin 2018. www.trauma-alfest.com

Serban IONESCU M.D. Ph.D.
Professeur émérite de psychopathologie
Université Paris 8 Saint-Denis et
Université du Québec à Trois-Rivières

LES DIFFÉRENTES THÉRAPIES DU TRAUMATISME PSYCHIQUE

Les différentes thérapies
Existence de regroupements

- **« Thérapies centrées sur le trauma »**
  - **Toute thérapie qui utilise des techniques cognitives, émotionnelles ou comportementales pour faciliter l'élaboration [*processing*] d'une expérience traumatisante et dans laquelle la centration sur le traumatisme constitue l'élément central du processus thérapeutique (Schnurr, 2017)**
- **« Thérapies soutenues empiriquement »**
  - **Traitements d'un trouble particulier, manualisés, dont l'efficacité a été démontrée avec des essais contrôlés randomisés (Maddoux, 2015).**

…thérapies du traumatisme

« Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. » (Laplanche et Pontalis, 1967/1992, p.499).

Actuellement, nous utilisons le syntagme « événement potentiellement traumatisant » (ÉPT).

- **Il s’agit d’un changement conceptuel opéré après 1990. Bien que dans le langage courant (professionnel, aussi) de nombreux événements sont désignés comme "traumatisants", en réalité, en raison de la diversité de leurs conséquences, ils commencent à être décrits, de façon plus appropriée, comme des «événements <u>potentiellement</u> traumatiques» ou ÉPT (Norris, 1992; Bonanno, 2004).**

- **Utilisation de l'approche <u>trajectoires d'évolution</u> qui offrent un tableau plus détaillé des variations individuelles dans l'évolution post-traumatisme.**
  - **Les trajectoires d'évolution dressées après les attentats du 11 septembre 2001 à New York par Bonanno et ses collègues (2005; 2006) mettent en évidence quatre trajectoires :**
    - **rétablissement (« recovery ») (23%)**
    - **évolution retardée (13%)**
    - **évolution chronique (29%)**
    - **résilience (35%)**

- **Résultats valables pour d'autres situations : catastrophes naturelle/inondations dans le Kentucky (Norris *et al*., 1994), inondations au Mexique (Norris *et al*., 2009), décès du conjoint/de la conjointe (Bonanno et al, 2002), chirurgie pour un cancer du sein (Lam *et al*., 2010), lésion de la moelle épinière (Bonanno *et al*., 2012), etc.**

Que dire en ce 7 juin 2018 des différentes thérapies du traumatisme psychique?

- **En croisant « thérapie », « psychothérapie » et « SPT »**
  - **PsycINFO nombre total de références = 14 402**
  - **Medline nombre total de références = 12 384**
  - **Nombre de références pour 2017 dans PsycINFO = 963**
  - **Nombre de références pour 2017 dans Medline = 921**
- **Ce qui signifie = 2, 63 ou 2, 52 références à lire par jour!**

Le groupe des *psychothérapies centrées sur le traumatisme* comprend :

- **Thérapie par Exposition Prolongée (Prolonged Exposure PE) à des stimuli associés à une expérience d'origine traumatique**
- **Thérapie par élaboration cognitive/traitement cognitif (*Cognitive Processing Therapy,* CPT)**
- **Thérapie cognitive (focalisée sur le trauma)**
- **Désensibilisation et Restructuration cognitive (Retraitement cognitif) par des Mouvements Oculaires (EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires

Thérapie par Exposition Prolongée

- **Mise au point dans les années 1990 par Edna Foa (Université de Pennsylvanie et directrice du « Center for the Treatment and Study of Anxiety » à Philadelphie), pour traiter les victimes de traumatismes graves : victimes de viols, d'accidents de la route, vétérans de guerre.**
- **Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.**
- **Maintenant validée comme méthode de base pour traiter le SPT**

Alternatives à la PE (1)

- **Une des solutions : l'exposition à la réalité virtuelle (*Virtual Reality* – VR)**
- **Rothbaum, B.O., Hodges, L., Alarcon, R., *et al.* (1999). Virtual reality exposure therapy for PSTD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(2), 263–271**
- **Deux types d'environnements VR :**
  - **un environnement VR très spécifique et réaliste;**
  - **un environnement VR flexible où tout événement traumatique peut être représenté**

Alternatives à la PE (2)

- **Une autre solution : l'exposition narrative (Narrative Exposure Therapy – NET).**
- **Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011/2005). *Narrative Exposure Therapy. A short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture.* Germany: Hogrefe & Huber.**
  - **thérapie de courte durée**
  - **indiquée dans le cas d'événements traumatique multiples, de longue durée (guerre, conflits et violence organisée)**
  - **développée, au départ, pour les pays en développement, utilisée par la suite pour les demandeurs d'asile et les réfugiés**
  - **NET est un traitement manualisé (Schauer et al., 2005).**

Alternatives à la PE (3)

Il y a d'autres protocoles d'écriture narrative :

- **l'in-thérapie (également appelée thérapie d'écriture structurée)**

  Lange, A., Schrieken, B., van de Ven, J.P., Bredeweg, B., Emmelkamp, P.M.G., van der Kilk, J., Reuvers, A. (2000) "Interapy:" The effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the internet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *28*, 175–192.

- **la divulgation écrite [written disclosure] (également appelée écriture expressive)**

  Pennebaker, J.W., Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 274–281. [PubMed: 3745650]

Une proposition récente de thérapie narrative

- **STAIR Narrative Therapy**

  [STAIR = Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation – Entraînement des capacités de régulation affective et interpersonnelle]

  Hassija, C.M. & Cloitre, M. (2015). STAIR narrative therapy: A skills focused approach to trauma-related distress. *Current Psychiatry Reviews*, *11*, 172-179.

- **intervention basée sur les compétences**
- **développée à l'origine pour les victimes d'abus infantile**
- **conçue pour soulager la détresse liée au traumatisme et pour renforcer les capacités interpersonnelles et émotionnelles.**

Thérapies centrées sur le traumatisme (suite)

- **Thérapie par traitement cognitif/élaboration cognitive (*Cognitive Processing Therapy,* CPT)**

  Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1996). *Cognitive processing therapy for rape victims.* Newbury Park, CA: Sage.

- **Thérapie cognitive**

  Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M.J.V. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. Behaviour Research and Therapy, *43*,413-431.

- **Désensibilisation et Restructuration cognitive /Retraitement cognitif par des Mouvements Oculaires [EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)]**

  Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitisation: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *20*, 211–217.

Thérapies cognitive-comportementales non centrées sur le trauma

- **L'entrainement avec Inoculation du Stress (SIT) [Stress Inoculation Training (SIT)]**

Veronen, L. J., & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. *In* D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. New York, NY: Plenum Press.

- **Thérapie par acceptation et engagement [Acceptance and Commitment Therapy (ACT)]**

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-5.

➢ **Ces thérapies ne sont pas axées sur le traumatisme, mais peuvent être dispensées dans un cadre centré sur le traumatisme.**

Deux cas particuliers :

- **La thérapie centrée sur le présent [Present Centered Therapy (PCT)], également appelée thérapie de groupe axée sur le présent.**

Classen, C., Butler, L. D., & Spiegel, D. (2001). *A treatment manual for present-focused and trauma-focused group therapies for sexual abuse survivors at risk for HIV infection*. Stanford, CA: Stanford University School of Medicine, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences.

- **Le débriefing psychologique**

Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2002/2009). Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.

Comparaisons (1)
Débat sur l'efficacité des traitements du stress post-traumatique

- **Chen, L., Zhang, G., Hu, M., Liang, X. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Posttraumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *203* (6), 443–451.**

  Shihezi University, Shihezi, China

- **méta-analyse sur 11 études (N = 424; 215 EDMR/209 CBT)**
- **pour les scores totaux SPT, EDMR était légèrement supérieure à la CBT**
- **EDMR avait une meilleure action sur les symptômes intrusion et activation**
- **pour l'évitement, la différence n'était pas significative**
- **le nombre limité et la mauvaise qualité des études incluses nous obligent à être prudents lorsque nous tirons des conclusions.**

Comparaisons (2)

- **Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F., Mannarino, A.P., Lindauer, R.J.L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial, *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*,227–236.**

Amsterdam

- **Essai contrôlé randomisé sur 48 enfants et adolescents (8-18 ans) assignés au hasard à huit sessions de TF-CBT ou EMDR.**
- **La diminution des scores à la Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) du pré- au post-traitement avec la TCC centrée sur le trauma et l'EMDR a été importante**
- **La différence entre les deux traitements administrés est non-significative.**

Comparaisons (3)

- **Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J. *et al*. (2015). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003**

Albuquerque et Chapel Hill, États-Unis

- **64 essais menés sur des patients avec un SPT sévère**
- **des données probantes appuient l'efficacité de la thérapie d'exposition (force de la preuve élevée), y compris pour la version manualisée de l'exposition prolongée (PE);**
- **pour la thérapie cognitive (CT), le traitement par élaboration cognitive (CPT), la thérapie cognitive-comportementale (TCC), les effets sont modérés;**
- **pour l'EMDR et la thérapie d'exposition narrative, la force de la preuve allait de faible à modérée;**
- **les preuves obtenues étaient insuffisantes pour déterminer l'efficacité comparative de ces traitements, et les données concernant les effets indésirables étaient absentes dans la plupart des études.**

Comparaisons (4)

- **Maddoux, J. (2015). An investigation of the efficacy of empirically supported tratments (ESTS) for posttraumatic stress disorder (PTSD): A meta-analytic review. Thèse de doctorat**

  Texas Woman's University, États-Unis

- **la thérapie cognitive-comportementale (CPT) donnait des résultats thérapeutiques significativement plus élevés que l'EMDR et la thérapie centrée sur le présent (PCT);**
- **les résultats de la thérapie cognitive-comportementale ne diffèrent pas significativement des résultats de l'exposition prolongée (EP);**
- **les vétérans avaient tendance à réagir davantage à la thérapie d'élaboration cognitive (CPT) et à l'exposition prolongée (EP), comparativement aux participants civils;**
- **inversement, chez les civils, la réduction des symptômes après l'EMDR était plus importante, comparativement aux anciens combattants;**
- **lorsque les données étaient disponibles, les résultats ont révélé que les traitements spécifiques du SPT semblent également avoir un effet secondaire sur la réduction de l'anxiété et de la dépression.**

Comparaisons (5)

- **Lenz, A.S., Haktanir, A., Callender, K. (2017). Meta-Analysis of Trauma-Focused Therapies for Treating the Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Counseling & Development, 95, 339-353.**

Texas A&M University–Corpus Christi États-Unis

- **46 études publiées entre 1997 et 2015**
- **l'effet des thérapies axées sur les traumatismes, des interventions de soutien, et des thérapies cognitive-comportementales non axées sur le traumatisme était supérieur à celui des groupes sans traitement;**
- **la taille des effets des thérapies incluses dans cette méta-analyse se différenciait assez peu et l'exposition prolongée (EP), la thérapie cognitive (CPT) et l'EMDR étaient, en grande partie, indiscernables comme effets;**
- **des recherches complémentaires sont nécessaires pour identifier les mécanismes du changement thérapeutique et pour une meilleure indication thérapie-population.**

Comparaisons (6)

- **Schnurr, Paula, P. (2017). Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Current Opinion in Psychology, 14, 56–60**

National Center for PTSD and Geisel School of Medicine at Dartmouth, États-Unis

Conclusion : les psychothérapies axées sur le traumatisme sont recommandées au plus haut niveau dans le cadre de revues de la question et des guides importants :

- **Department of Veterans Affairs and Department of Defense (2010). Management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs and Deportment of Defense.**
- **Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Systematic Review, 12 http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4. Art. No.: CD003388.**

Comparaisons (7)

- **Tran, U.S., Gregor, B. (2016). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for post-traumatic stress disorder: a <u>meta-analytical</u> evaluation of randomized controlled trials. BMC Psychiatry, 16, 266 DOI 10.1186/s12888-016-0979-2**

Université de Vienne, Autriche

- **Il s'agit de psychothérapies *bona fide* [de bonne foi, authentiques, sérieuses] = psychothérapies dispensées par des professionnels formés, ayant une base théorique, ayant fait l'objet de manuels professionnels (Wampold *et al*., 1997).**
- **Thérapies incluses dans cette méta-analyse (impliquant 22 études) : thérapie par exposition, par exposition prolongée, EMDR, thérapie cognitive-comportementale, thérapies centrées sur le présent.**
- **Les différences d'efficacité étaient bien en deçà des seuils de différences cliniquement significatives, mais elles corroborent le fait que les traitements axés sur les traumatismes et les thérapies d'exposition et d'exposition prolongées sont légèrement plus efficaces que les autres thérapies.**
- **Les résultats des thérapies centrées sur le présent apparaissent moins efficaces.**

Pour résoudre les problèmes méthodologiques

- **appliquer les sept critères des *Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies***

Foa, E.B., Keane, T.M. (2000). Effective treatments of PTSD. *In* M. J. Friedman (Ed.). *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York: Guilford

- **complétés par les standards de qualité des études, proposés par Cuijpers et al. (2008).**

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*,909–922.

Critères de qualité

- **la randomisation doit être réalisée adéquatement et de manière indépendante des chercheurs et des thérapeutes (en utilisant, par exemple, un logiciel spécial);**
- **l'évaluation doit être faite en aveugle;**
- **il faut indiquer le nombre d'abandons;**
- **les thérapeutes doivent être formés pour le traitement respectif;**
- **l'adhérence aux manuels ou protocoles doit être assurée par des mesures adéquates ou vérifiées de manière empirique;**
- **s'assurer que les analyses de l'intention de traiter [intention-to-treat (ITT) analysis] ont été réalisées [vérifier que les résultats portent sur le traitement prévu et pas sur un autre traitement];**
- **a existé un manuel ou un protocole pour le traitement appliqué.**

Autres approches thérapeutiques (1)

- **Kuester, A., Niemeyer, H., Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *43*, 1–16.**

➢ **Méta-analyse sur 20 études contrôlées randomisées réalisées sur Internet [[Internet-based interventions (IBIs)] utilisant la thérapie cognitive-comportementale et l'écriture expressive;**

➢ **Dans l'ensemble, les résultats pour la CBT-IBIs sont prometteurs, mais le nombre d'études pouvant être incluses dans les analyses était faible, ce qui limite la puissance statistique.**

Autres approches thérapeutiques (1-suite)

- **Morland, L.A., Greene, C.J., Rosen, C.S., Kuhn, E., Hoffman, J. & Sloan, D.M. (2017). Telehealth and eHealth interventions for posttraumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology*, *14*, 102–108.**

- **Les interventions de type CBT-IBIs peuvent se faire <u>avec</u> ou <u>sans</u> contact du patient avec le thérapeute;**
- ***My Disaster Recovery* (http://disaster.bluesunsupport.com) est un exemple d'intervention en ligne sans le soutien d'un clinicien.**
- **Une variante chinoise, *My Trauma Recovery*, a produit des améliorations significativement plus importantes des symptômes de SPT par rapport aux témoins liste d'attente. Cependant, le taux d'abandon était supérieur à 50% dans un échantillon.**
- **Une intervention autogérée utilisant l'Internet [VetChange], a montré une réduction plus importante des symptômes d'alcoolisme et de SPT chez les vétérans par rapport aux vétérans-contrôle liste d'attente.**

Autres approches thérapeutiques (1-suite)

- **Olthuis, J.V., Wozney, L., Asmundson, G.J.G., Cramm, H., Lingley-Pottie, P., McGrath, P.J. (2016). Distance-delivered interventions for PTSD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *44*, 9–26.**
- **Méta-analyse des approches thérapeutiques dispensées à distance (dispensées par téléphone, Internet, courriel, vidéoconférence)**
- **19 essais contrôlés randomisés (1491 participants)**
- **Comparativement aux interventions en face-à-face, l'intervention à distance (en particulier, par visioconférence) n'a pas entraîné de résultats significativement différents en post-traitement, mais a conduit à des résultats inférieurs à 3 -6 mois de suivi.**

Autres approches thérapeutiques (2)

- **O'Haire, M.E., Guérin, N.A. & Kirkham, A.C. (2015). Animal-Assisted Intervention for trauma: a systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1121.**

- **Les espèces les plus fréquemment utilisées : les chiens et les chevaux.**
- **La présence d'un animal a été associée à la sécrétion d'ocytocine et à la réduction de l'excitation anxieuse.**
- **La présence d'un animal suscitait des émotions positives.**
- **Les animaux sont des facilitateurs sociaux qui peuvent relier/connecter les personnes atteintes de SPT, réduire leur solitude.**
- **D'autres recherches sont essentielles pour établir la faisabilité, l'efficacité et la « manualisation » des protocoles.**

Autres approches thérapeutiques (2-suite-a)

- **Schouten, K.A., de Niet, G.J., Knipscheer, J.W., Kleber, R.J. & Hutschemaekers, G.J.M. (2014). The Effectiveness of Art Therapy in the Treatment of Traumatized Adults: A Systematic Review on Art Therapy and Trauma. *Trauma, Violence & Abuse*, 1-9 DOI: 10.1177/1524838014555032**

- **Utilisation de l'art (dessin, peinture, collage, sculpture) pour façonner et exprimer des sentiments, des pensées et des souvenirs.**
- **Souvent, les souvenirs traumatiques sont difficile à exprimer en mots.**
- **Cette revue systématique donne un aperçu de l'efficacité de l'art-thérapie dans le traitement des traumatismes et montre la nécessité de plus amples recherches sur cette question.**

Autres approches thérapeutiques (2-suite-B)

- **Landis-Shack, N., Heinz, A.J. & Bonn-Miller, M.O. (2017). Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review. *Psychomusicology*, *27*(4), 334–342.**
- ➢ **Quatre études empiriques, dont une seule étude contrôlée randomisée chez des adultes.**
- ➢ **Dix séances hebdomadaires d'une heure de thérapie musicale (avec des improvisations) de groupe.**
- ➢ **Comparativement au groupe témoin, les patients en musicothérapie ont démontré une réduction significativement plus importante des symptômes de stress post-traumatique.**

Autres approches thérapeutiques (2-suite-C)

- **Glavin, C.E.Y., & Montgomery, P. (2017). Creative bibliotherapy for posttraumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Journal of Poetry Therapy*, *30*(2), 95-107. DOI: 10.1080/08893675.2017.1266190**
- ➢ **La bibliothérapie créative est basée sur la lecture de livres de fiction ou le visionnement de films.**
- ➢ **Il est spéculé que la bibliothérapie créative comme traitement du SPT pourrait fonctionner par un mécanisme similaire à celui impliqué dans la thérapie cognitive-comportementale axée sur le traumatisme.**
- ➢ **Aucune étude ne répond aux critères d'inclusion pour cette revue systématique, mais les études exclues (N = 13) ont fourni des informations qualitatives utiles concernant l'acceptabilité et l'utilité de la bibliothérapie.**

Autres approches thérapeutiques (3)

- **O'Toole, S.K., Solomon, S.L. & Bergdahl, S.A. (2016). A Meta-Analysis of Hypnotherapeutic Techniques in the Treatment of PTSD Symptoms. *Journal of Traumatic Stress, 29*, 97–100.**
- ➢ **6 études avec 391 participants**
- ➢ **Toutes les études ont montré que l'hypno-thérapie avait un effet positif sur les symptômes du SPT.**

Autres approches thérapeutiques (3-a)

- **Lang, A.J. (2017). Mindfulness in PTSD treatment. *Current Opinion in Psychology*, *14*, 40–43.**

➢ **Enthousiasme considérable : La pleine conscience est «devenue virale».**

➢ **Des preuves s'accumulent indiquant que la pleine conscience peut constituer une intervention utile dans les cas de SPT.**

Autres approches thérapeutiques (3-b)

- **Gallegos, A.M., Crean, H.F., Pigeon, W.R., Heffner, K.L. (2017). Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *58*, 115–124.**
- ➢ **19 essais contrôlés randomisés avec des données sur 1173 participants.**
- ➢ **Les résultats suggèrent que des approches complémentaires au traitement du SPT qui utilisent la méditation ou le yoga sont justifiées chez les vétérans et les non-vétérans; les interventions avaient des effets faibles à modérés sur la réduction des symptômes du SPT.**

Autres approches thérapeutiques (3-c)

- **Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P.B. & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A Systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017i**

- **Le SPT engendre une prévalence élevée de comorbidité physique : obésité, diabète et le syndrome métabolique, contribuant à la mortalité prématurée.**
- **L'activité physique était significativement efficace par rapport aux conditions de contrôle dans la diminution des symptômes du SPT et des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes du SPT.**

L’efficacité à long terme

- **Kline, A.C., Cooper, A.A., Rytwinksi, N.K., Feeny, N.C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials, *Clinical Psychology Review*, *59*, 30–40.**
  - **Case Western Reserve University et Walsh University, États-Unis**
- **32 essais impliquant 2935 participants.**
- **Les résultats de cette méta-analyse (incluant des thérapies par exposition, la CBT centrée sur le trauma, la thérapie cognitive et l’EDMR) sont encourageants : réduction robuste des symptômes depuis le début jusqu'à la fin du suivi à long terme. De plus, les gains ont été maintenus ou ont continué à s'améliorer dans la phase de suivi.**

Préférences en matière de traitement

- **Simiola, V., Neilson, E.C., Thompson, R., & Cook, J.M. (2015). Preferences for Trauma Treatment: A Systematic Review of the Empirical Literature. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *7*(6), 516–524.**
- **Publications existantes (janvier 1980 - septembre 2014).**
- **Nombre total des participants = 6 091; âge allant de 18 à 70 ans (M=33,4).**
- **35 études quantitatives et 6 qualitatives.**
- **La tendance générale était de préférer une psychothérapie par rapport à la médication. Seuls les participants présentant des lésions cérébrales et une dépression comorbide étaient plus susceptibles d'affirmer leur volonté de prendre des antidépresseurs.**

Psychothérapies avec « chimio-facilitation » ou « chimio-assistées »

- **Argolo, F.C., Cavalcanti-Ribeiro, P., Netto, L.R., &Quarantini, L.C. (2015). Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*, 89–93.**
- **Michael C. Mithoefer et al. (2018). 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, *5* (6), 486-497.**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION!

serban.ionescu@univ-paris8.fr
serban.ionescu@uqtr.ca

Bertrand Lahutte

Professeur agrégé du Val de Grâce

Chef de service de psychiatrie HIA Begin

TRAUMATISME PSYCHIQUE ET NEVROSE TRAUMATIQUE: PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN, THÉRAPIE ANALYTIQUE, PSYCHANALYSE: INDICATIONS ET SPÉCIFICITÉS

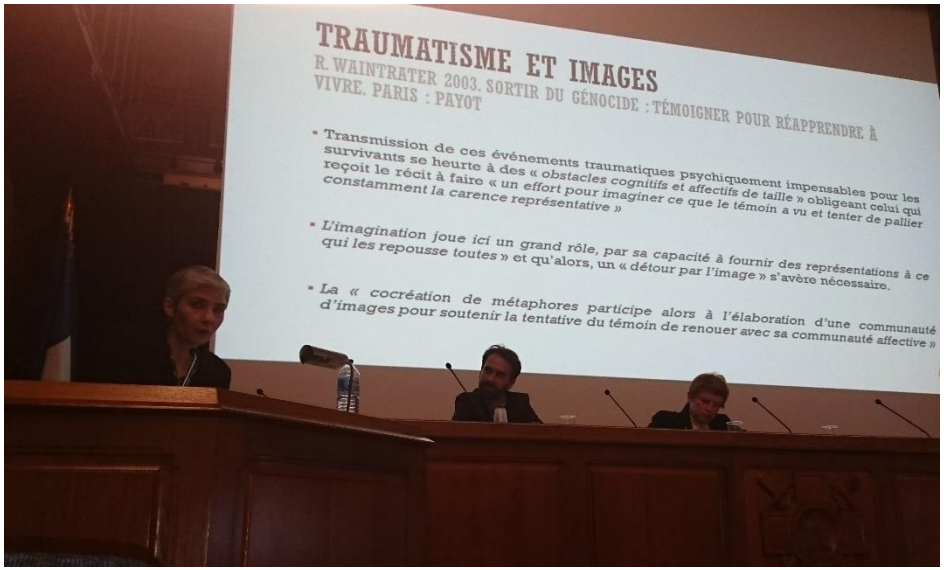
Bertrand Lahutte

- Communication – cf. **Annexe 1**

- Pour aller + loin: Articles de

B. Lahutte et de F. Lebigot in :

Damiani C. & Lebigot (2004). *Les mots du trauma, vocabulaire de psychotraumatologie*. Ed. Philippe Duval, Savigny sur Orge.



Magalie SABOT, psychologue clinicienne, docteur en psychologie clinique et psychopathologie

sabotmagalie@gmail.com

L'HYPNOSE APRÈS UN TRAUMATISME: REMISE EN MOUVEMENT DES IMAGES ET TRAVAIL DE RÊVE : L'HISTOIRE DE SEBASTIEN

De F.A. Mesmer à Messmer

Franz Anton Mesmer
(1734-1815)
Métallothérapie et
magnétisme animal

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE – AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Affections psychiatriques de longue durée
Troubles anxieux graves

Juin 2007

9. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Rappel : seul l'ESPT chronique durant plus de un an est dans le champ de l'ALD.

9.2 Traitement de l'ESPT

- Le traitement concerne l'ESPT et les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, dépendance vis-à-vis de drogues ou de l'alcool, etc.).
- Les techniques d'hypnose peuvent être bénéfiques sur certains symptômes (douleurs, anxiété, cauchemars).
- Si les problèmes de sommeil sont importants, un traitement hypnotique de courte durée peut être proposé.

18

H.A.S.
« Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves »

Juin 2007, p. 18

Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT)

Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé

Mars 2000

Service des recommandations et références professionnelles

p. 104

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ÉVALUATION ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË EN AMBULATOIRE CHEZ L'ENFANT DE 1 MOIS À 15 ANS

MARS 2000

Service recommandations et références professionnelles

V.3. Thérapies non pharmacologiques

Les principales données de la littérature concernant l'utilisation des thérapies non médicamenteuses sont résumées en *annexe 12* dans le *tableau 76*.

V.3.1. Hypnose

Le terme « hypnose » recouvre des pratiques assez diverses, certaines comportant un apprentissage en plusieurs séances (221) alors que d'autres sont induites plus simplement par une histoire aimée par l'enfant dans laquelle il se laisse « glisser ».

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / 26/09/01

104

- S. Freud: hypnose inspirée des techniques de Charcot et de Bernheim, style « *autoritaire et directive* » (Borch-Jacobsen, 2015)
- Sous hypnose: importance des images dans la réviviscence de souvenirs traumatiques. Dans le cas d'Emmy Von N
- (10 ans - 1892) puis abandon au bénéfice de sa méthode psychanalytique de l'association libre
- 2 raisons: la levée du symptôme reste temporaire + technique n'est pas efficace pour tous ses patients.
- Utilisation à titre expérimental jusqu'aux années 1924 (A. Bioy, 2008) avec Polgar

Histoire de l'hypnose

S. Freud, (1895), « Histoires de malades. Mme Emmy von N…, 40 ans. Livonienne », dans : J. Breuer et S. Freud, Études sur l'hystérie, p. 39

« Sur ma demande, elle confirme que, pendant son récit, elle a réellement vu se dérouler avec leurs couleurs naturelles les scènes qu'elle racontait. […] Chaque fois que ces souvenirs lui reviennent à l'esprit, elle en revoit les scènes avec toute l'acuité du réel », et il ajoute à cela, dans une note, que « bien d'autres hystériques nous ont parlé de ces réminiscences en images animées, surtout dans le cas de souvenirs pathogènes »

histoire de l’hypnose

« Lorsque Freud dit avoir rejeté l’hypnose, on peut formuler l’hypothèse que ce qu’il rejeta véritablement était la pratique de la suggestion et d’une perspective de traitement purement symptomatique ».

A. Bioy, (2008), « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », Perspectives Psy, p. 176

- « *Parfois même, nous devrons, comme dans le traitement des névroses de guerre, faire usage de l’influence hypnotique ».* S. Freud (1919), les nouvelles voies de la thérapeutiques psychanalytique” in la technique psychanalytique, PUF, p. 141

Histoire de l'hypnose

- 1924: S. Freud / Franz Polgar
- Victime à l'âge de dix-sept ans, d'un traumatisme de guerre particulièrement désorganisateur, se découvre alors un « don » pour l'hypnose.

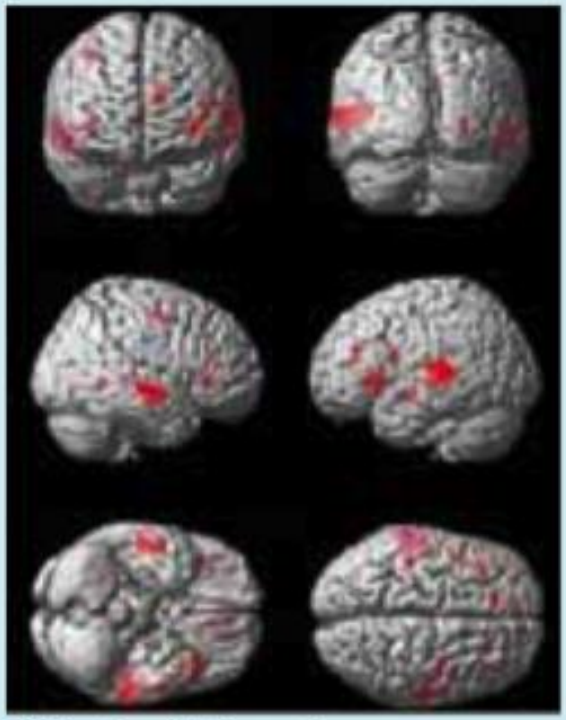
Franz J. Polgar with Kurt Singer, « The story of a hypnotist », Hermitage House, Inc. New York, NY (1951), 2nd Printing 8 vo., 222 p. (Extraits : chap. 2 à 6). Traduction de Jean-Denis Fauxpoint et Antoine Bioy.

Pour en savoir plus sur l'hypnose et le stress post-traumatique aujourd'hui:

Pierre-André Clastot. Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2013.

Article accessible en ligne: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00911734/document

Images IRM du cerveau
sous hypnose



Olivier Daniel, Bruno Suarez, Robert Carlier, Jean Becchio, service de radiologie du Pr Christian Vallée, Hôpital R. Poincaré, Garches.

L'hypnose aujourd'hui

- Définitions:
  - L'hypnose médicale ≠ hypnose de spectacle
  - L'hypnose est un fonctionnement mental particulier: augmentation de la concentration et réorganisation de l'attention, modification de la perception du temps, modification des bruits et sensations corporelles
  - proche d'un état qui précède l'endormissement (importance de l'imagerie mentale, baisse du tonus musculaire)
  - mais le sujet reste éveillé (capacité d'utiliser l'ensemble des outils cognitifs dans la communication, amplification de l'attention et des perceptions sensori-motrices).
  - L'état d'hypnose se retrouve de certains états de veille qu'on pourrait qualifier d'état d'hypnose ordinaire (distraction, conduite automatiques, absorption, etc.)

L’hypnose aujourd’hui

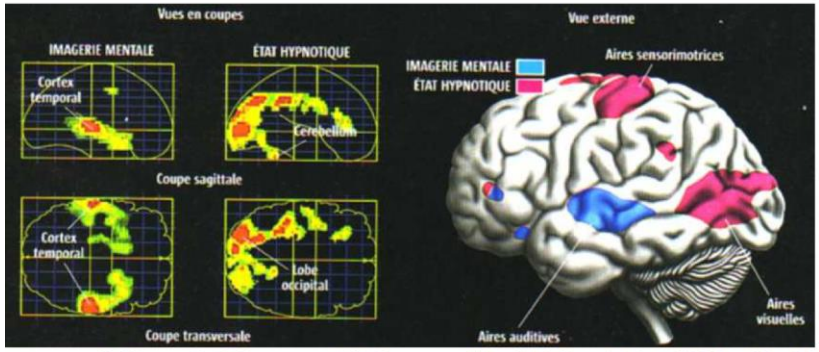
- L’hypnose comme un « *mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l’expérience d’un champ de conscience élargi* » A. Bioy (2010)
- L’état de conscience modifiée est *objectivé par imagerie cérébrale (*Rainville *et al*, 1999*) et ses caractéristiques neuro-anatomiques sont maintenant bien identifiées (*Faymonville *et al*, 2006*)*

- L’expérience hypnotique : un sentiment de détente sur le principe de la dissociation, une hyper absorption de l’attention, une diminution du jugement et de la censure (autrement dit, « *le patient entre dans une logique proche des rêves et quitte la logique rationnelle* »), des réponses quasi-automatiques, ainsi qu’une modification de l’orientation temporo-spatiale. A. Bioy, 2015, p. 13.

Remémoration d’un souvenir agréable sous hypnose

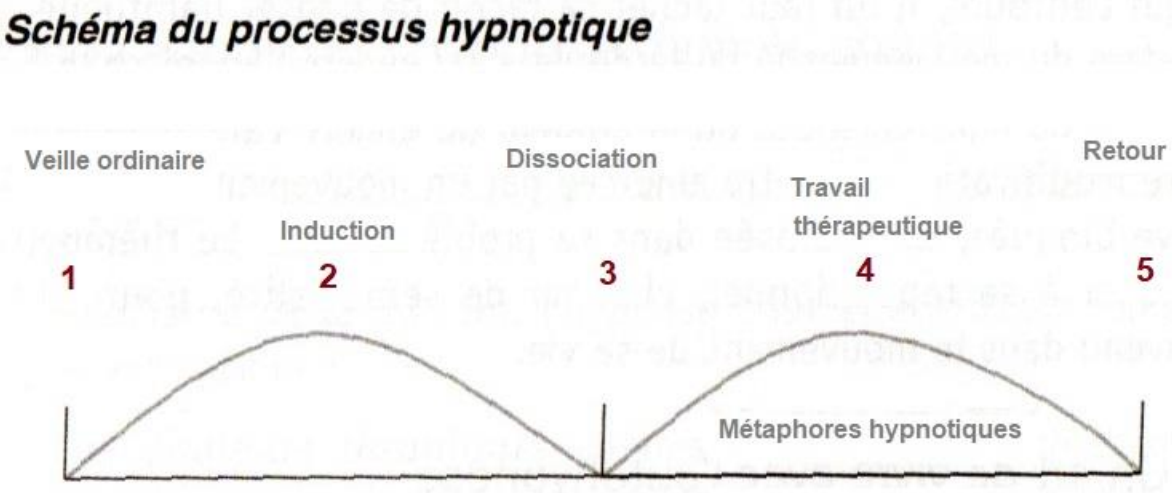
voir, sentir, bouger tout en étant immobile .

« Revivre » plutôt que « se remémorer »



P. Maquet, S. Laureys, ME Faymonville, Biol Psychiatry 1999 ; 45 : 327.

Séance d'hypnose : déroulement



- Etat de veille ordinaire
- Induction : focalisation de l'attention
- Dissociation et trans hypnotique
- Le travail thérapeutique : à partir de métaphores. Puissance métaphorique dans l'hypnose
- Le retour: réassociation du sujet.

Les étapes de l'hypnose

- Induction:
  - focalisation de l'attention qui permet de se centrer sur soi-même et les contenus présents (physiques, émotionnels, etc.)
  - Partir de l'actuel
  - Différentes méthodes: invitation au relâchement corporel, concentration sur la respiration, etc.
  - Entrer à son rythme dans l'état d'hypnose (différentes profondeurs)
- Dissociation et trans hypnotique : les signes
  - Ralentissement de la respiration et du pouls
  - Changement pupillaire, mouvement involontaire des yeux sous les paupières
  - Diminution du tonus musculaire
  - Aplatissement des traits du visage
  - Saccades et lenteurs dans les mouvements

    → le plus important reste l'expérience subjective du patient.
- Travail thérapeutique par l'hypnose: la puissance métaphorique

Principe de la dissociation et restructuration de l'expérience traumatique

- M. Fareng et A. Plagnol, « Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose », *PSN* 2014/4 (Volume 12), p. 29-46
- Dissociation traumatique comme proche de l'auto-hypnose: se protéger des situations de tension.
- Sujet plus facilement hypnotisable (déjà dissocié)
- JANET P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. 1973rd ed. (Société PJ, ed.). Paris; 1889.
- Différence: l'effet de dissociation est levé au moment du retour en fin de séance d'hypnose.
- Approche psychocorporelle, « remettre en action ce qui a été arrêté »

Fonctionnement de l'hypnose : la métaphore

- Avec M. Erickson, la métaphore prend une place centrale dans l'hypnose moderne.
- Elément thérapeutique qui permettait à un patient d'accéder au changement (Bioy et Keller, 2009; Rossi, 1980).
- Redonner *au patient ses « propres constructions psychiques* », « *créer des idées nouvelles ou les susciter chez une personne* ».
- Selon A. Bioy (2011), métaphore: langage « *archaïque* », celui de « *l'enfant, [qui], pour exprimer son mal, va utiliser des images, des rendus métaphoriques (Bioy, Célestin et Wood, 2010) […] Dit autrement, les analogies constituent la figure de style qui permet, mieux qu'un descriptif formel, de communiquer à l'autre un ressenti, une expérience interne* ».
- La métaphore co-construite en « *épousant* » le monde interne du Sujet : « *les images et les mots du patient sont par la suite transposés par déplacement analogique sur une autre scène, afin de constituer un récit métaphorique cohérent, renvoyant directement à la situation du patient, et évidemment proposant une voie d'évolution, voire de résolution* ».

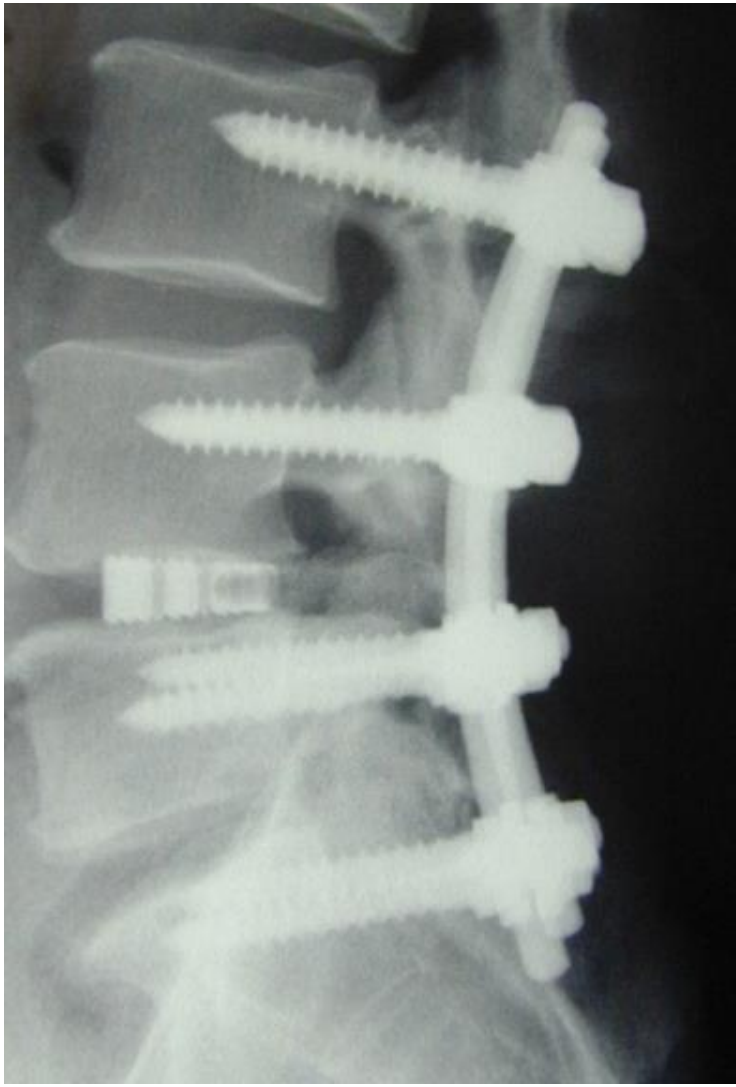
La métaphore (bibliographie)

- Roffman, 2008; Brown, 1991; Coombs et Freedman, 1990; Lankton et Lankton, 1983 ; Campbell, 1988; White et Epston, 1990.
- Bioy Antoine, « Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2/2015 (n° 55) , p. 11-23
- A. Bioy, (2011), « L'analogie comme vecteur de l'hypnose, une illustration », Psychothérapies, p. 180.

Histoire de Sébastien

« Vous voyez ces appareils dans mon dos ? Si je bouge, les vis sectionneront ma moelle épinière et je me retrouverai paralysé à tout jamais »

- Hospitalisé dans un état grave suite à un traumatisme crânien et un coma prolongé
- Le regard de ses amis
- Reviviscence des souvenirs traumatiques et cauchemars
- Douleurs / radiographie
- Expérience du coma
- Récit figé et répétitif



L’hypnose avec Sébastien

- « je rêve de faire de l’hypnose »
- Co-création d’une métaphore hypnotique: la voiture cassée
- Il y aura un bruit dans le moteur. Un tuyau explose. Il faudra que je bricole pour trouver le problème. Peut-être une vis trop serrée qu’il faudra desserrer ? De la vapeur s’échappe, le moteur vibre. Quand tout sera réparé, je pourrai rouler de nouveau sans avoir peur de tomber en panne

Le rêve de Sébastien

« J’ai rêvé cette nuit qu’il y avait une inondation sur un parking. Je suis avec ma copine et plus l’eau monte, plus de comprends qu’elle va nous engloutir. Je vois que ma compagne se noie déjà. Heureusement, je vois une voiture pas loin et j’arrive à ouvrir une portière et me réfugier dedans. J’arrive à allumer le moteur et à tirer ma copine à l’intérieur. Ma femme et mon bébé sont sauvés, nous roulons vers d’autres aventures »

Traumatisme et images

- R. Waintrater (2003) : le traumatisme fixe l'événement en une image, privant la victime de toute capacité de transformation et reprise.

« *on assiste alors à un véritable « arrêt sur image », d'où tout mouvement a disparu, ne laissant pour seule trace qu'une série de plans fixes eux aussi* ». Le paradoxe du témoignage consiste justement en ce que ce sont « *précisément ces images que le témoin est invité à ouvrir pour les donner à voir au témoignaire qui ne les a pas vues* »

- « **Souvenance morte** », discours figé, répétition infinie sans destinataire, désaffecté, décousu, (R. Waintrater, 2000, l'addiction au souvenir) ≠ **souvenance « vivante »** : *cocréateur d'un récit où la pensée et la figuration reprennent leurs droits* dans lequel le clinicien peut intervenir, « *associer librement à partir des images proposées par le témoin » (Waintrater, 2003)*
- P. Fédida (1991) envisageait qu'il était nécessaire d'ouvrir les images par la parole et les mots pour s'extraire de leur fascination

Traumatisme et images

- Transmission de ces événements traumatiques psychiquement impensables pour les survivants se heurte à des « *obstacles cognitifs et affectifs de taille* » obligeant celui qui reçoit le récit à faire « *un effort pour imaginer ce que le témoin a vu et tenter de pallier constamment la carence représentative* »

- *L'imagination joue ici un grand rôle, par sa capacité à fournir des représentations à ce qui les repousse toutes* » et qu'alors, un « *détour par l'image* » s'avère nécessaire.

- *La « cocréation de métaphores participe alors à l'élaboration d'une communauté d'images pour soutenir la tentative du témoin de renouer avec sa communauté affective »*

Comprendre la métaphore hypnotique

S. Le Poulichet et M. Guittonneau. « Composition et métaphores identifiantes. » Recherches en psychanalyse. 2011, Vol. 11, n° 1, p. 78-87

- Figurer: latin figura: façonner, donner forme, représenter sous forme visible
- Métaphore: grec metaphora : transport et déplacement
- Métaphore identifiante (M. Guittonneau et S. Le Poulichet)

« *c'est en faisant écart, en déformant d'une certaine manière un vécu de détresse infinie, qu'une métaphore le révèle et crée de nouvelles possibilités identificatoires* »

- Permet de donner corps à des idées et de traduire visuellement des sensations ou des sentiments
- « En empruntant la voie des métaphores, le vécu d'effroi de ces patients, resté jusqu'alors en dehors des mots, peut prendre forme. Plus exactement, il peut prendre une forme autre qui permet donc de l'envisager, d'en contempler le reflet sans être saisi par la terreur » (Guittonneau et Le Poulichet, 2011, p. 82)

Vers le rêve

- « Une composition en devenir, de telle sorte qu'il soit possible de voir encore ce qui n'était pas prévu et d'entendre ce qui n'était pas prédit. C'est aussi dans cet à-venir du rêve que se recompose un passé ».

S. Le Poulichet, (1994), L'oeuvre du temps en psychanalyse, p. 70-71

- *Un « événement arrive en figure* », ayant ainsi le pouvoir « *d'ouvrir un nouveau temps de composition […], en lequel d'autres figures insolites, des fragments de souvenirs et de nouveaux liens associatifs viennent au fil des jours ou des mois à la rencontre de l'énigme* »

S. Le Poulichet, (1994), L'oeuvre du temps en psychanalyse p. 71

Conclusion

- Redonner du contrôle, structurer l’expérience traumatique
- Autohypnose: outil disponible, devenir acteur, stimuler la créativité du sujet
- Créer et favoriser un lien thérapeutique dans la co-création
- Redonner du mouvement aux images figées et répétitives
- À utiliser en complément d’autres approches thérapeutiques

L’image n’est pas un objet mais un processus. On ne sait pas la puissance de telles images, si simples soient-elles du point de vue de l’objet. Ce qui compte dans l’image ce n’est pas son « pauvre contenu » mais sa « folle énergie »

G. Deleuze, (1992), « L’épuisé », dans : S. Beckett, G. Deleuze, *Quad et autres pièces pour la télévision par Samuel Beckett*, Paris : Éditions de Minuit, p. 72

BIBLIOGRAPHIE

ANAES. Mars 2000. « Évaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans », dans Service recommandations et références professionnelle.
[en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doulenfrap2.pdf

BERNARD, F. 2016. « Les métaphores », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 55-65

BIOY, A. 2008. « Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe », dans Perspectives, Vol. 47, 171-184.

BIOY, A., KELLER, P.H. 2009. Hypnose clinique et principe d'analogie. Bruxelles, DeBoeck.

BIOY, A., WOOD, C., CELESTIN-LHOPITEAU, I. 2010. L'aide-mémoire d'hypnose, Paris, Dunod.

BIOY, A. 2011. « L'analogie comme vecteur de l'hypnose, une illustration », dans Psychothérapies, Vol. 31, 175-182.

BIOY, A. 2015. « Le travail métaphorique en hypnothérapie dans un cadre de thérapie familiale : éléments cliniques », dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, n° 55, 11-23.

BORCH-JACOBSEN, M. 2015. « Sigmund Freud, hypnotiseur », dans S. Freud, L'hypnose - Textes 1886-1893, Paris, Editions de l'Iconoclaste, 1-180.

CASULA, C. 2016. « Utilisation des métaphores en thérapie », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 10-23

CLASTOT, P-A. 2013. Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie.

COHEN, S. 2016. « La puissance des métaphores dans le domaine de la douleur », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 113-128

FAYMONVILLE, M., BOLY, M., LAUREYS, S. 2006. "Functional neuroanatomy of the hypnotic state", dans *Journal of physiology,* 99, 463-469.

- HALFON, Y. 2016. « De la métaphore dans la maladie et le soin », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 8-9

- HALFON, Y. 2016. « La réification », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 168-172

- KELLER, P-H. 2007. « Contrepoint : un hypnotiseur chez Freud », dans Revue française de psychanalyse, Vol. 71, 763-782.

- MILLS, J.C. 2016. « L'enchantement hypnotique des métaphores », dans « Hypnose et thérapies brèves », Les métaphores : utilisation de la pensée symbolique, hors-série n° 10, pp. 87-96

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. 3 mars 2006. « Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 » [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

- POLGAR, F. J. 1951. The story of a hypnotist, New York, Hermitage House. Traduction de J-D Fauxpoint et A. Bioy

- POUPART, F., PIRLOT, G. 2014. « L'influence hypnotique : une modalité incorporelle de la génitalité féminine ? », dans Cliniques méditerranéennes, n° 89, 243-256.

- ROUSTANG, F. 2003. Il suffit d'un geste, Paris, Odile Jacob.

Merci!

Article cf. – **Annexe 2**

sabotmagalie@gmail.com

Sylvie MOLENDA, psychologue Ph D.
CHU de Lille
Cellule zonale d'Urgence Médico-psychologique Nord
Consultation du psychotraumatisme

LES TCC : INDICATIONS ET LIMITES

SM

PRINCIPES GÉNÉRAUX DES T.C.C.

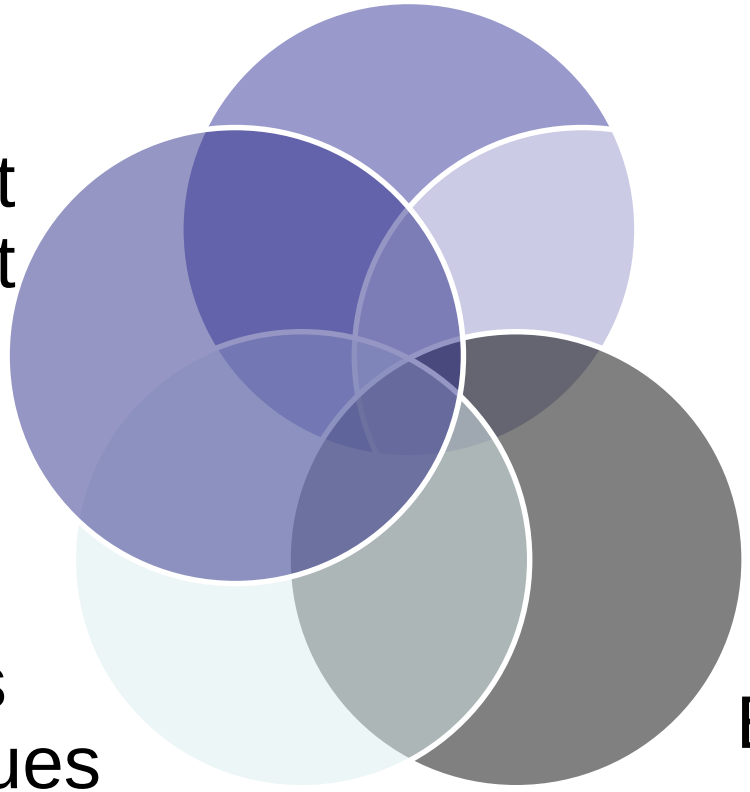
Qu’est-ce que les TCC ?

- Prises en charge de la souffrance psychique reposant sur une méthodologie directement issue de la méthode expérimentale appliquée au cas particulier d’une personne.
- Fondées sur les recherches scientifiques fondamentales et appliquées s’intéressant aux fonctionnements et dysfonctionnements à la base des troubles comportementaux et psychologiques.
- Soumises aux règles de l’évaluation et des études contrôlées comme d’autres disciplines scientifiques.

A quoi s'intéressent les TCC ?

Comportements

Environnements (physiques et sociaux)



Cognitions

Variables physiologiques

Emotions

L'ici et le maintenant

- TCC principalement centrées sur l'ici et maintenant mais un *ici et maintenant inséré dans une perspective longitudinale.*
- Si les TCC mettent l'accent sur la partie actuelle du trouble, de la problématique du moment qui, chez le sujet :
  - génèrent de la souffrance,
  - limitent ses capacités adaptatives,
  - détériorent sa qualité de vie,
- Elles s'intéressent aussi aux déterminants historiques du trouble ou des difficultés présentes.

L’analyse fonctionnelle

- Méthode clinique d’étude et d’analyse du trouble ou des difficultés évoquées par le sujet.
- S’articule autour d’une :
  - approche synchronique centrée sur la réalité actuelle du sujet,
  - approche diachronique centrée sur l’histoire du sujet.
    - Sont englobés aussi des aspects liés aux modèles parentaux d’éducation, aux expériences précoces d’attachement, de séparation, aux événements menant à la construction de certaines croyances ou représentations, etc.

Techniques d'intervention

- TCC = Ensemble de pratiques intégrées dans une démarche thérapeutique clinique.
- Techniques d'intervention diversifiées :
  - Restructuration cognitive,
  - Exposition *in vivo*, en imagination,
  - Résolution de problème,
  - Régulation émotionnelle,
  - Relaxation,
  - Contrôle respiratoire,
  - Entraînement aux habiletés sociales,
  - Etc.

Travail thérapeutique en TCC

- Elaboration d'une stratégie thérapeutique en fonction :
  - du sujet et des résultats de l'analyse fonctionnelle,
  - des objectifs thérapeutiques fixés,
  - des résultats publiés pour des troubles ou difficultés similaires…
- Intégration dans cette stratégie thérapeutique des techniques d'intervention pertinentes au problème posé et adaptées à l'individualité du sujet.
- Phase thérapeutique d'application des stratégies d'intervention

LES TCC CENTRÉES SUR LE TRAUMA (TCC-CT)

Que traitent les TCC-CT ?

- Les séquelles psychiques laissées par la traversée d'événement(s) traumatogène(s)
  - qu'elles soient transitoires et s'expriment sous la forme d'un trouble de stress aigu,
  - qu'elles soient plus durables et s'expriment sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique.
- Dans les deux cas, les TCC-CT s'attachent d'abord à diminuer la symptomatologie telle que définie à partir des critères diagnostiques du DSM.

Que traitent les TCC-CT ?

- Les troubles comorbides:
  - La dépression,
  - Le risque suicidaire,
  - Les troubles anxieux,
  - L’abus d’alcool et/ou de drogue,
- Les émotions négatives associées au trauma:
  - La colère,
  - La honte,
  - La culpabilité.

Le protocole A+++ : la thérapie par exposition prolongée

- Technique développée par Foa et son équipe (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007)
- Technique centrée sur le trauma
- Association d'un protocole d'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques et d'un autre d'exposition *in vivo* aux indices évocateurs du traumatisme
- 9 séances de 90 min hebdomadaires ou bihebdomadaires

Les indications

- Personnes présentant un TSPT seul ou avec un trouble comorbide comme :
  - dépression,
  - anxiété chronique,
  - troubles de la personnalité (sauf état limite),
  - abus d'alcool ou de drogue.
- Personnes dotées de souvenirs traumatiques qui leur permettent un récit assez complet de l'événement traumatogène avec un début, un milieu et une fin.

Les indications conditionnelles

La thérapie par exposition prolongée peut être utilisée après stabilisation des troubles suivants :

- menace imminente de comportement auto ou hétéro agressif,
- comportements d'automutilation graves (3 mois sans + acquisition d'habiletés pour gérer les impulsions),
- troubles psychotiques,
- dépendance à l'alcool.

Les contre-indications

- Maintien de la personne dans un environnement dangereux, à haut risque traumatogène (violence domestique, par exemple)
- Manque de souvenirs traumatiques clairs ou souvenirs en nombre insuffisant pour garantir un récit traumatique complet

Efficacité de la thérapie par exposition prolongée

- La thérapie par exposition prolongée s'est révélée efficace pour réduire :
  - le TSPT,
  - la dépression,
  - l'anxiété pathologique,
  - des émotions négatives comme la colère, la culpabilité ou la honte.
- Elle peut être dès lors utilisée auprès de personnes avec une présentation clinique complexe ou avec des histoires traumatiques compliquées.

Thérapie par exposition prolongée et enfant

- Protocole qui peut être utilisé comme tel chez l’enfant à partir de l’âge de 13 ans.

Limites de la thérapie par exposition

- N’aborde pas la question des symptômes dissociatifs.
- N’aborde pas la question du deuil traumatique.
- Laisse le thérapeute sans véritable ressources en terme de restructuration cognitive :
  - Quelles pensées travailler ?
  - Quelles croyances fondamentales travailler ?
- Sous-estime la complexité de certains tableaux cliniques résultant de traumas multiples et, en particulier, de traumas développementaux.

Impact des traumas multiples et/ou développementaux

- Traumas qui peuvent :
  - affecter la structure de la personnalité,
  - engendrer des troubles de la régulation émotionnelle,
  - engendrer des troubles de la perception de soi associés à l'impression d'être différent des autres et des sentiments de honte et de culpabilité,
  - engendrer des troubles de la relation à soi et aux autres se traduisant par des difficultés d'attachement.

TCC-CT et DSM

- 1980 : publication du DSM III et réintroduction du diagnostic de PTSD ➔apparition des premières TCC-CT
- 1994 : publication du DSM IV et introduction de l'ASD ➔ développement des TCC-CT pour l'ASD
- 2013 : publication du DSM 5 avec une modification des critères diagnostiques avec introduction d'un sous-type dissociatif ➔ évolution en cours et à venir des TCC-CT

TCC, enfant et DSM

- 1980 : publication du DSM III et réintroduction du diagnostic de PTSD chez l'adulte ➔pas vraiment d'études sur les TCC-CT chez l'enfant
- 1994 : publication du DSM IV et introduction de quelques brèves mentions concernant l'enfant ➔ développement des TCC-CT
- 2013 : publication du DSM 5 avec un élargissement des mentions aux enfants et introduction d'un sous-type développemental (PTSD préscolaire) ➔ évolution en cours et à venir des TCC-CT

Présent et avenir des TCC-CT

- Publication du DSM 5 ➔ ouverture de nombreux axes de recherches cliniques
- TCC-CT pour l'enfant : travaux de l'équipe de Cohen. 2nde édition d'un manuel « *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* »
- TCC-CT pour les adultes victimes de maltraitance infantile : travaux de l'équipe de Cloitre. Publication d'un manuel « *Treating survivors of childhood abuse : psychotherapy for the interrupted life* »

Merci de votre attention !

Dr Lionel GIBERT

Hôpital Universitaire Paul Brousse, Addictologie-Psychiatrie

MINDFULNESS : INTÉRÊTS ET LIMITES

UNIVERSITÉ PARIS SUD
FACULTÉ DE MÉDECINE

IPBA

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine-Béclère Bicêtre Paul-Brousse

Dans l'instant présent

PLAN

Méditation en pleine conscience : de quoi s'agit-il ?

Hypothèses sur les mécanismes sous-jacents ?

Mindfulness comme facteurs de risque

Mindfulness comme traitement

Considérations sociologiques

Pratique spirituelle millénaire

Exploration scientifique depuis 30 ans, vertus thérapeutiques ?

Réponses aux effets latéraux du progrès

Activité physique : réponse aux peu de mouvements de notre vie

Carences de continuité (écran, téléphone,…)

La méditation ramène de la continuité dans notre vie.

Saint Ignace de Loyola

« Par ce terme d'exercices spirituels, on entend toute manière d'examiner sa conscience, de méditer, de contempler, de prier vocalement et mentalement, et d'autres opérations spirituelles, comme il sera dit plus loin. De même, en effet, que se promener, marcher et courir sont des exercices corporels, de même appelle-t-on exercices spirituels toute manière de préparer et de disposer l'âme pour écarter de soi toutes les affections désordonnées et, après les avoir écartées, pour chercher et trouver la volonté divine dans la disposition de sa vie en vue du salut de son âme. »

INTRODUCTION

Méditer : soumettre à une longue et profonde réflexion…non

Méditation : vision orientale, pas une activité intellectuelle, s’arrêter au présent

Attention non réactive : état de présence à soi et au monde

Ne rien faire mais à fond !

PLEINE CONSCIENCE

Pacification intellectuelle : samantha bhavana

Clarification intellectuelle : vipassana bhavana

Entrainement de l’esprit : bhavana

Exemple des résolutions….

Il faut s’entraîner.

PLEINE CONSCIENCE

Méditer ce n’est pas le vide !

Pas dans un but de relaxation, pas confortable

Méditer sur des souffrances, pas forcement relax, observer même la souffrance

C’est un entraînement de l’esprit.

PLEINE CONSCIENCE

Être délibérément présent à l'expérience du moment présent que nous vivons

Sans attente, on ne recherche pas un état.

Sans jugement, on ne décide pas ce qui est bien ou mal.

Sans choix, on accepte ce qui vient, tout est intéressant, agréable ou désagréable…

CALME ET ATTENTIF COMME UNE GRENOUILLE

PLEINE CONSCIENCE

La méditation est relativement naturelle pour l'homme.

Objet attentionnel sur des cibles en mouvement lent

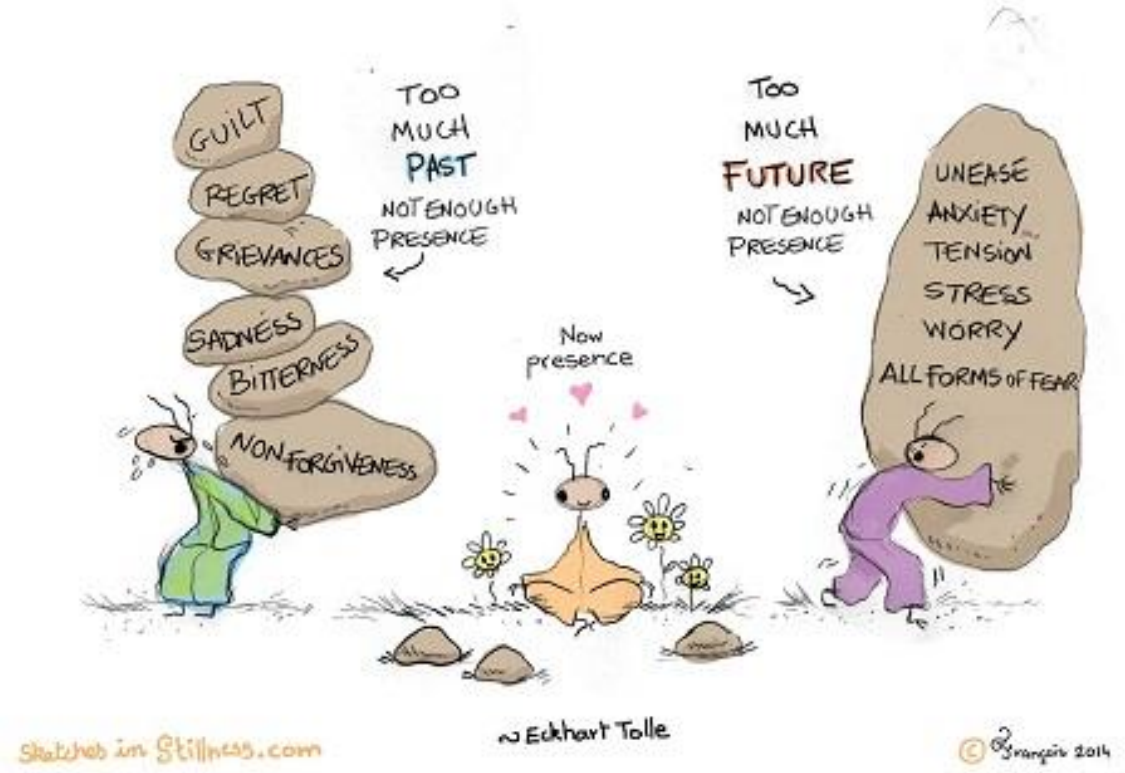
La mer, le feu de cheminée

Stabiliser l'attention, se centrer, il nous faut une cible

Cible mouvante : la respiration

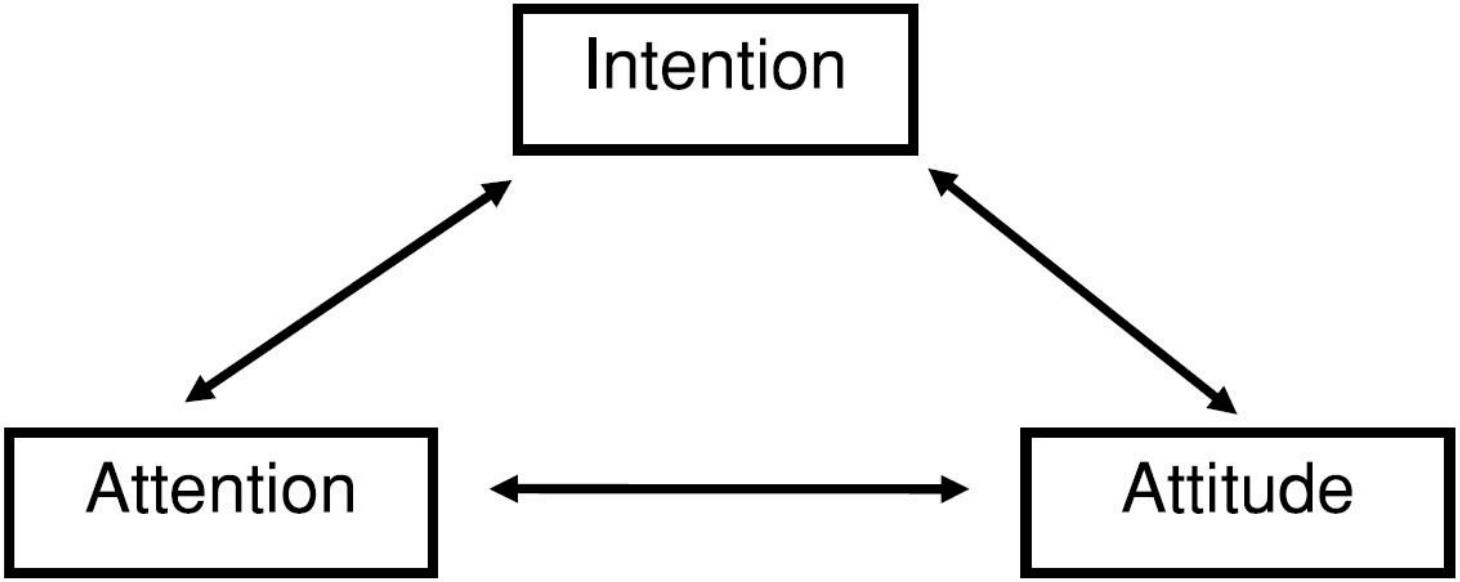
Cultiver une qualité particulière d'attention : la pleine conscience

Dans l'instant présent



PLEINE CONSCIENCE

Shapiro, 2006



PLEINE CONSCIENCE

Les attitudes qui fondent la pratique de la pleine conscience (Kabat-Zinn, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*)

Le non-jugement

La patience

L’esprit du débutant

La confiance

PLEINE CONSCIENCE

Les attitudes qui fondent la pratique de la pleine conscience (Kabat-Zinn, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*)

L’effort sans effort

L’acceptation

Le lâcher prise

PLEINE CONSCIENCE : 2 étapes

Oscillation attentionnelle

Prise de conscience que l’esprit à quitter le souffle

J’apprends à repérer mon vagabondage.

Cultiver une qualité particulière d’attention : la pleine conscience

PLEINE CONSCIENCE : 2 étapes

Pleine conscience :

Lutte contre

- Dispersion et instabilité et
- Son inverse : fixation et rumination

Je me concentre sur ma respiration,

- le reste, c’est la distraction,
- <u>réouverture ensuite du champ attentionnel</u>

Concentration et réouverture

Mindful

PLEINE CONSCIENCE : exercice

Stabiliser l'attention, se centrer, il nous faut une cible, objet attentionnel sur des cibles en mouvement lent, la mer, le feu de cheminée,

Cible mouvante : la respiration

À plat, main sur le genou (tranquillement)

Cultiver une qualité particulière d'attention : la pleine conscience

PLEINE CONSCIENCE

Technique méditative d’origine bouddhiste

Laïcisée

Codifiée, validée par les publications

Intégration dans la vie civile

Mondialisation réussie !

Programme MBSR
Mindfulness Based Stress Reduction

Programme de 8 semaines de méditation en pleine conscience

Séance hebdomadaire de 2 heures

Une séance d'une journée entière après 1 mois et demi

Principaux exercices

1) Scan/balayage corporel
2) Travail sur la pleine conscience du souffle
3) Exercices physiques en pleine conscience comme la marche
4) Activités quotidiennes en pleine conscience en utilisant la respiration comme cible mouvante / ancre, comme « bercé par le souffle »

L'essentiel pour l'ensemble du programme est d'adopter une attitude d'acceptation et non réaction face à l'expérience de chaque moment.

Programme MBCT
Mindfulness Based Cognitive Therapy

Thérapie cognitive de Beck de lutte contre les affects dépressifs liés à des distorsions cognitives

+

MBSR de Kabat-Zinn

From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness

Kiken 2015

La pratique de la méditation (état méditatif) en pleine conscience augmente structurellement les capacités individuelles de chacun dans sa pratique. C'est un entraînement.

La progression des individus n'est absolument pas homogène. Nous ne sommes pas tous doués pour la pleine conscience.

La capacité de progrès des individus est un bon prédicteur de rémission, plus que le niveau de départ de capacité (trait) pleine conscience.

OUI MAIS QUI ?

MINDFULNESS

Pour le Trouble de Stress Post Traumatique

Comme facteur de risque, outil de prévention

Comme partie de l’arsenal thérapeutique

MINDFULNESS

Tout d’abord un détour vers les mécanismes

Il faut rester modeste !

MINDFULNESS

A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness,
Vago 2012
Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

Parallèle entre

- le modèle cognitif du traitement de l'information de Beck et
- la psychologie bouddhiste.

Beck : il existe des biais générés par les schémas cognitifs du soi sur lesquels se fondent les interprétations erronées de la réalité.

Ces biais entraînent une perception altérée et figée, de soi, du monde et de l'avenir, à l'origine de la souffrance psychique.

Renforcement de la détresse ressentie, par un cercle vicieux.

MINDFULNESS

A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness, Vago 2012
Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

Sources de souffrances décrites dans le bouddhisme :

- l'attachement aux objets mentaux ou sensoriels que nous aimons,

- l'aversion et

- l'ignorance de la nature impermanente de toute chose (ego compris)

MINDFULNESS

A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness, Vago 2012
Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

La pleine conscience réduirait les biais cognitifs par un entraînement mental :

- À la méta-conscience de soi permettant une remise en cause

(La métacognition consciente implique de se représenter son propre esprit en train de représenter une information, « *je crois* avoir oublié mes clés ». S Dehaene)

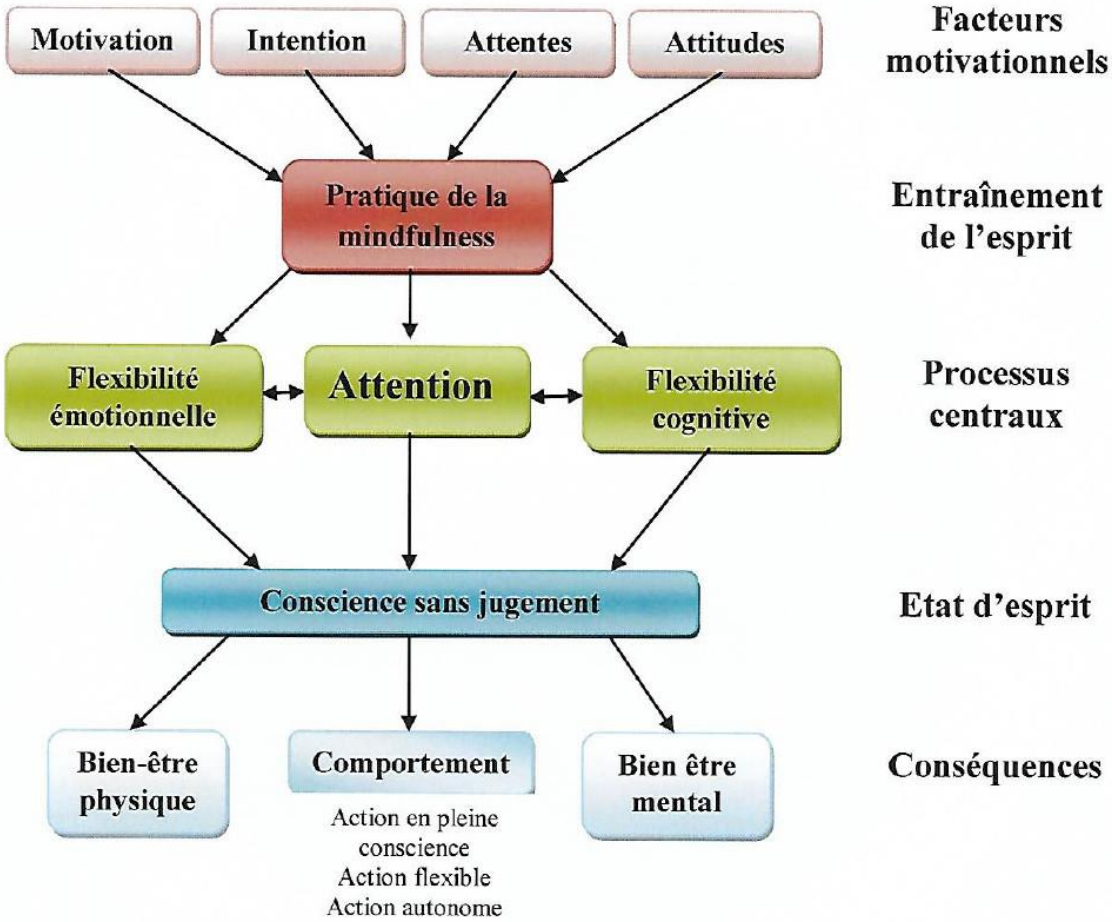
- À la capacité à moduler ses réactions

- À la méta-conscience des autres qui entraîne un accroissement des traits pro-sociaux.

MINDFULNESS : modèle de Liverpool

Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation

Malinowski 2013 / Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

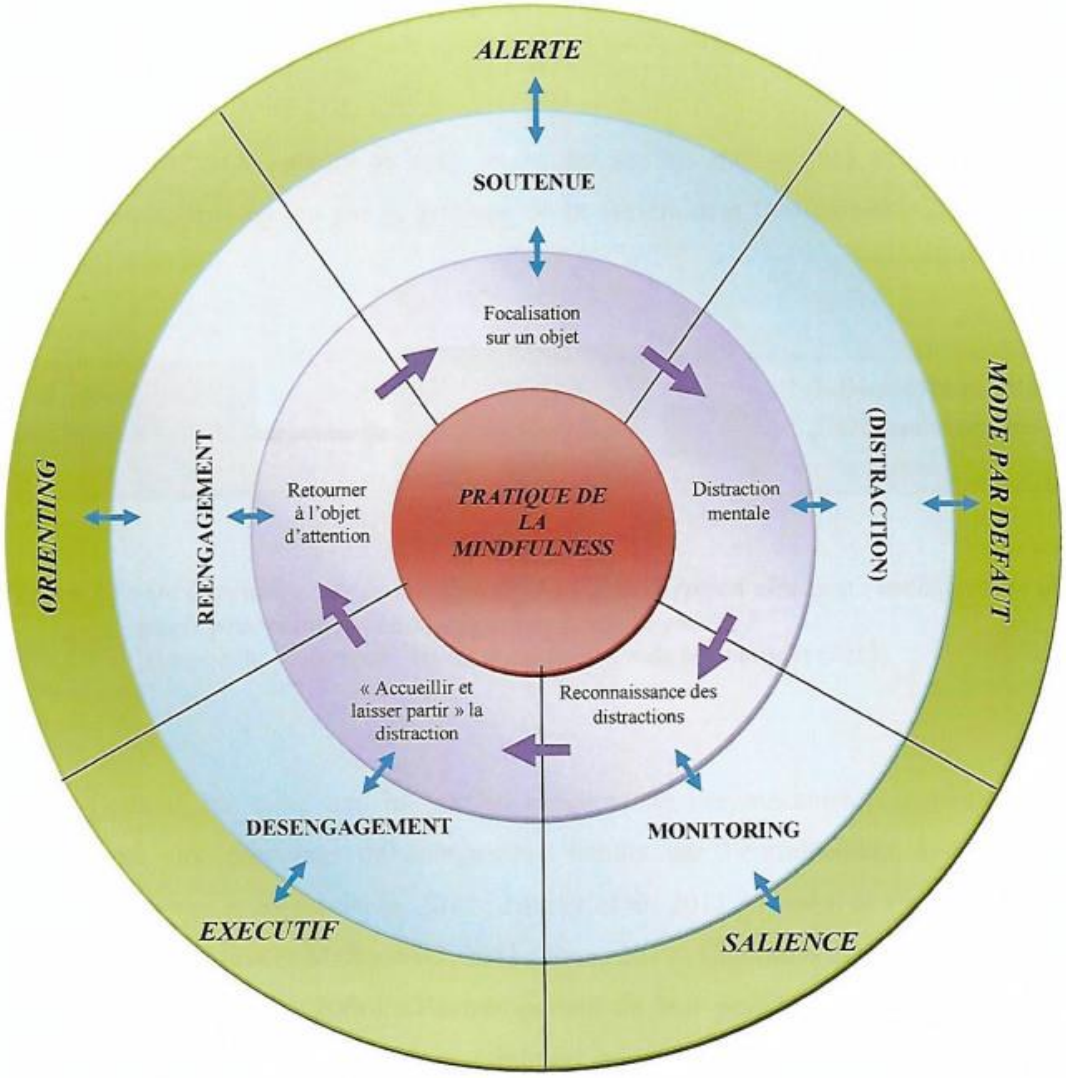


Modèle
- Chronologique
- Centré sur les compétences attentionnelles

MINDFULNESS

Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation

Malinowski 2013 / Bonhomme 2016 (thèse de médecine)



Niveaux

phénoménologique

attentionnel

cérébral

MINDFULNESS

Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation

Malinowski 2013 / Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

- Réseau du « mode par défaut » :
  - Déplacement automatique et involontaire de l'attention vers des distractions mentales. Vagabondage de l'esprit,
  - Substratum anatomique : zones du cortex cingulaire postérieur, du cortex préfrontal médian, du cortex temporal latéral, du cortex pariétal inféro-postérieur, du précuneus et du gyrus para-hippocampique
  - Le défaut d'inhibition de ce mode entraînerait des pathologies psychiatriques.

- Réseau de la saillance :
  - Fonction du contrôle attentionnel, détection d'élément nouveau arrivant dans le champ de la conscience. Envoi de signaux au réseau exécutif pour agir en fonction avec l'objectif fixé du moment. Régulation des sensations distractives, du parasitage.
  - Substratum anatomique : zone dorsale du cortex cingulaire antérieur, du cortex préfrontal ventro-latéral et de l'insula antérieure avoisinante

MINDFULNESS

Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation

Malinowski 2013 / Bonhomme 2016 (thèse de médecine)

- Réseau exécutif :
  - Contrôle de l'attention, permet le désengagement du focus attentionnel
  - Substratum anatomique : cortex cingulaire antérieur, le cortex ventro-latéral et les ganglions de la base
- Réseau de sélection :
  - Orientation de l'attention, déplacement du focus attentionnel d'un objet à un autre
  - Substratum anatomique : connexions entre le cortex pariétal supérieur, la jonction temporo-pariétale, le cortex frontal et le colliculus supérieur
- Réseau d'alerte :
  - Engagement attentionnel (éveil, vigilance)
  - Substratum anatomique : le thalamus, le cortex frontal droit et le cortex pariétal droit

PTSD : Shalev 2017

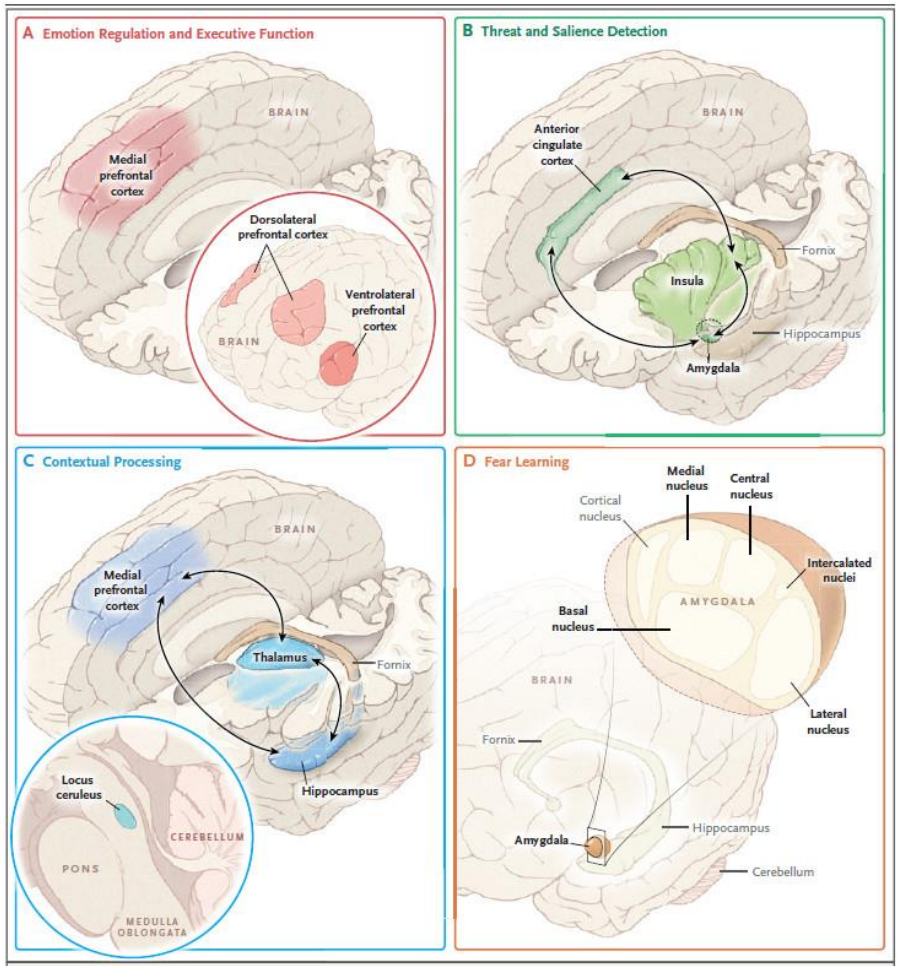


Figure 1. Brain Regions Implicated in the Pathophysiology of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).
Shown are the known connectivity paths within four dysfunctional circuits that play a part in the psychopathology of PTSD: emotion regulation and executive function, threat detection, contextual processing, and fear learning.

MINDFULNESS

Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence Boyd 2017

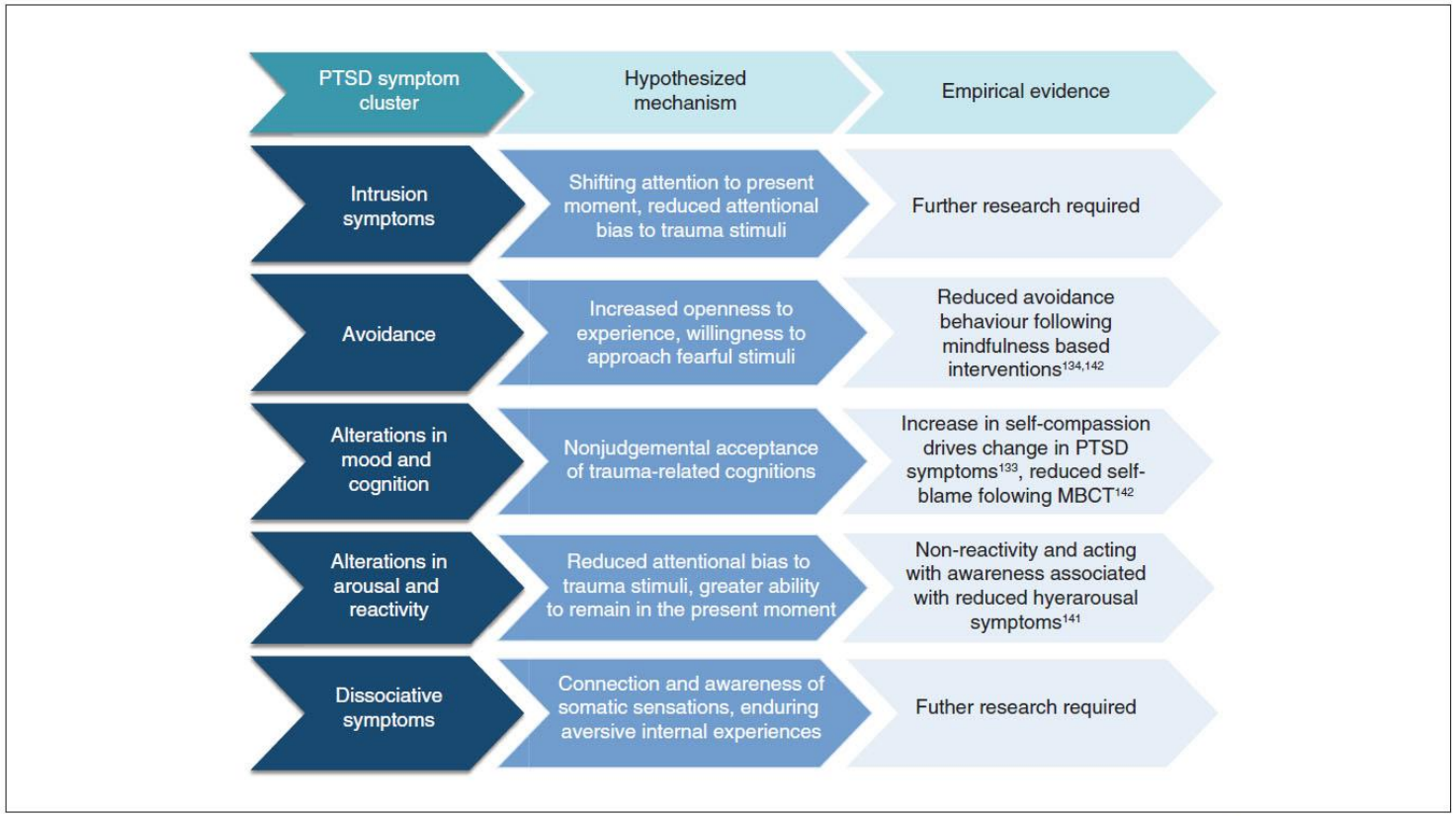


Fig. 1: Hypothesized mechanisms by which mindfulness-based approaches may target posttraumatic stress disorder (PTSD) symptom clusters along with current evidence and indication of where further research is required. MBCT = mindfulness-based cognitive therapy.

MINDFULNESS

Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence Boyd 2017

Les traitements à base de méditation en pleine conscience pour le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) semblent prometteurs.

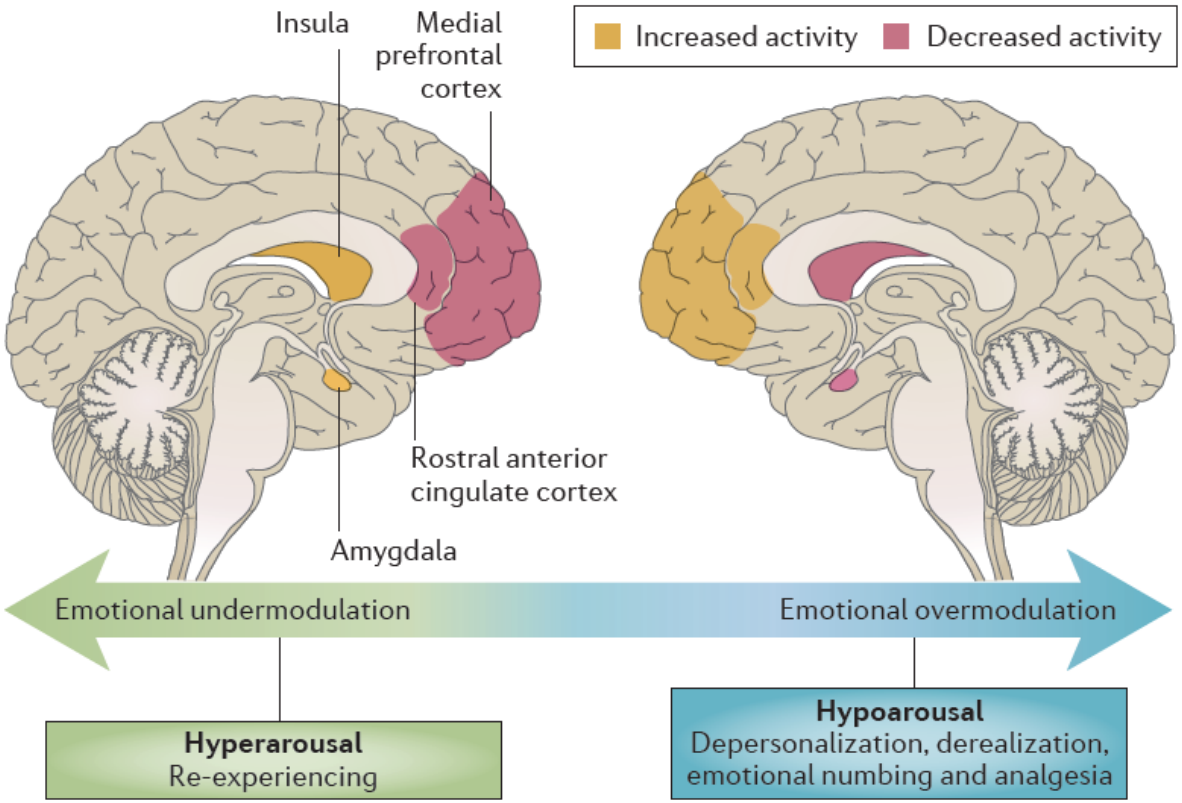
La revue de la littérature révèle cependant un impact assez restreint, mais avec des tailles d'effets modérés à élevés.

Les travaux les plus récents indiquent que le traitement par la méditation pleine conscience pourrait, chez les patients souffrant d'un TSPT, restaurer un lien entre les grands réseaux cérébraux comme celui par défaut et celui de la saillance.

Les traitements à base de pleine conscience à rendre au sujet une capacité de modulation raisonnable de ses émotions.

MINDFULNESS

TSPT, Yehuda 2016



COMME FACTEUR DE RISQUE : BV13

2015 Paris terrorist attacks: care guidance for the massive influx of psychologically traumatized civilian casualties. Helping victims to develop their capacity to create a safe and protective environment by leveraging social resources like family, and inner resources like mindfulness should optimize global resilience. Gibert, Trousselard 2018

L'afflux massif de victimes dans le cadre d'un attentat terroriste pose le problème de l'orientation en aigu des victimes.

La recherche des facteurs de risque de développer un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) a permis d'identifier les capacités de mindfulness comme protectrice dans notre cohorte de 140 sujets assistant au concert.

74 % ont souffert d'un stress aigu sévère.
17 % ont été blessés.
61 % souffraient d'un TSPT à 6 mois.

COMME FACTEUR DE RISQUE : BV13

2015 Paris terrorist attacks: care guidance for the massive influx of psychologically traumatized civilian casualties. Helping victims to develop their capacity to create a safe and protective environment by leveraging social resources like family, and inner resources like mindfulness should optimize global resilience. Gibert, Trousselard 2018

À 6 mois nous retrouvions 4 facteurs de risques significatifs :

- un Trouble de Stress Aigu (TSA) sévère (RR=3.1),
- un faible niveau de capacité de pleine conscience (RR=2.4),
- un bas niveau d'éducation (RR=1.6)
- un manque de support familial (RR=1.4).

Les capacités de pleine conscience font partie des ressources internes des patients à cultiver pour diminuer les chances de développer un TSPT.

COMME FACTEUR DE RISQUE : BV13

2015 Paris terrorist attacks: care guidance for the massive influx of psychologically traumatized civilian casualties. Helping victims to develop their capacity to create a safe and protective environment by leveraging social resources like family, and inner resources like mindfulness should optimize global resilience. Gibert, Trousselard 2018

Le facteur « mindfullness » se renforce :

- Phase 1 (6 mois) : RR = 2.4 [1.4 ; 4.1]
- Phase 2 (18 mois) : RR = 2.8 [1.6 ; 4.9]
- Phase 3 (30 mois) : RR = 6.3 [2.4 ; 16.2]

Les facteurs « support familial » et « stress aigu » persistent à des niveaux équivalents.

Le facteur « niveau d'étude » disparaît.

COMME FACTEUR DE RISQUE

Experiential acceptance and trait-mindfulness as predictors of analogue post-traumatic stress
Boelen 2017

Les prédicteurs retrouvés de non-développement d'un TSPT sont :

- les capacités d'acceptation ;
- les capacités de mindfulness ;

indépendamment de la symptomatologie anxio-dépressive.

COMME FACTEUR DE RISQUE

Is mindfulness protective against PTSD?
A neurocognitive study of 25 Tsunami disaster survivors
Hagen 2016

Conclusions

Aucune relation n’a pu être retrouvée entre le fait de développer un TSPT et les capacités de mindfulness.

VERTUS THERAPEUTIQUES

Meditation for Posttraumatic Stress: Systematic Review and Meta-analysis, Hilton 2016

Effets positifs pour les niveaux d'anxiété et la qualité de vie mais non-significatifs.

Les types d'intervention variés, les suivis à court terme seulement, et les biais des études limitent les résultats.

Aucun effet secondaire délétère de la méditation n'a été reporté.

La méditation semble efficace pour le TSPT, mais des études plus rigoureuses sont nécessaires et avec des effectifs plus importants pour obtenir des résultats significatifs.

VERTUS THERAPEUTIQUES

A meta-analytic investigation of the impact of mindfulness-based interventions on post traumatic stress , Hopwood 2017

18 études prises en compte

Les traitements à base de mindfulness semblent efficaces dans toutes les études (hedge'g = -0.59 par rapport à la liste d'attente)

Les capacités de mindfulness augmentent avec le traitement.

Plus les interventions intégrant la mindfulness sont longues, plus elles sont efficaces pour amender la symptomatologie du TSPT.

Le sexe, l'âge, le statut de vétéran et le temps séparant le traumatisme du traitement n'ont pas d'impact sur l'efficacité du traitement à base de mindfulness.

CONCLUSION

Les capacités de pleine conscience protégeraient contre l'apparition d'un TSPT suite à un trauma.

Les pratiques méditatives après un traumatisme amélioreraient le pronostic.

Les profils-type de trauma ou de patient répondeurs n'ont pas été identifiés.

Les mécanismes neuro-biologiques sous-jacents commencent à être identifiés.

Les addictions et les troubles de l'humeur semblent aussi améliorés par la méditation en pleine conscience.

Il est probable que les capacités méditatives d'un individu lui confèrent une protection supplémentaires à son homéostasie psychique et physiologique.

Florence Calicis
Psychothérapeute systémicienne, Bruxelles
Maître de conférences à l'Université de Liège

L'ELABORATION FAMILIALE DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES : UNE ETUDE DE CAS SYSTEMIQUE

Bibliographie: L’approche familiale des traumatismes psychiques

- Calicis F. (2006) : « Intérêt de l’utilisation des objets flottants dans l’approche des pans les plus douloureux de l’histoire des patients et de leur famille », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 27, N° 4, pp. 339-359

  Calicis F. (2014) : « L’élaboration familiale des traumatismes psychiques en thérapie : une illustration clinique », *Thérapie familiale*, Genève, vol. 35, N° 2, pp. 207-227

Carole Damiani
Docteur en psychologie clinique
Directrice de Paris aide aux Victimes
Co-responsable du DU de psychotraumatologie de Paris 7

LA GUIDANCE AUPRES DES PROCHES DE VICTIMES

La guidance auprès des conjoints et des parents de victimes

Damiani C. (2016). La guidance auprès des conjoints et des parents de victimes de violences sexuelles. In Coutanceau R., Damiani C. & Lacambre M. (Eds,). *Victimes et auteurs de violence sexuelle*. Dunod, Paris. Chapitre 9, 115-124.

Cf. Annexe 3