

UCL

Université
catholique
de Louvain

Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (PSP)

Analyse critique de trois approches thérapeutiques pour le traitement du stress post-traumatique : l'Hypnothérapie - la Reprogrammation et la désensibilisation par des mouvements oculaires - la Thérapie de l'Acceptation et de l'Engagement.

Leur objectif, leur processus de changement et leur efficacité

Mémoire réalisé par
Alison Mees

Promoteur
Jan De Mol

Année académique 2016-2017
Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Remerciements

Monsieur le Professeur Jan De Mol,

La réalisation de ce mémoire n'aurait pu être atteinte sans votre appui en tant que promoteur. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Mesdames les Professeurs

Merci de m'avoir fait l'honneur de lire et d'évaluer la qualité de mon travail.
Soyez assuré de mon profond respect.

À mes parents Philip et Sophie,

Merci à vous pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour la participation active au travail de relecture.

À mes sœurs Kimberley et Victoria,

Merci pour vos encouragements pour me redonner courage et optimisme, ainsi que votre aide précieuse.

À Flavia,

Merci d'avoir répondu présente lorsque j'en avais besoin. Merci pour ton soutien et ton aide.

À Julien,

Merci pour ta bienveillance et ton soutien infailibles, ainsi que pour ta patience ces derniers mois.

Table des matières

I.	Introduction.....	1
II.	L'Etat de Stress Post-Traumatique	5
2.1.	Définition de l'Etat de Stress Post-Traumatique complet selon le DSM-5.....	5
2.2.	Epidémiologie	9
2.3.	Vulnérabilités et facteurs de risque	9
2.4.	Comorbidité.....	10
III.	La thérapie de l'acceptation et de l'engagement	13
3.1.	Efficacité de l'ACT	15
3.2.	L'ACT pour le traitement du trouble du stress post-traumatique	18
3.3.	Efficacité de l'ACT pour le syndrome de stress post-traumatique.....	32
IV.	Eye Movement Desensitization and Reprocessing.....	37
4.1.	Protocole de l'EMDR	39
4.2.	Efficacité de l'EMDR.....	43
4.3.	Théories explicatives de l'EMDR	44
4.4.	Efficacité de l'EMDR pour le SSPT	49
V.	L'Hypnothérapie.....	55
5.1.	Définition de l'hypnose	55
5.2.	Définition selon Milton Erickson	55
a.	Caractéristiques de l'expérience hypnotique	56
b.	Le déroulement d'une séance d'hypnose.....	57
c.	Effets neurologiques de suggestions hypnotiques	58
d.	Les indications et contre-indications de l'hypnose.....	58
5.3.	Efficacité de l'hypnose	59
5.4.	Traitement des états de stress post-traumatiques par l'hypnose.....	59
5.5.	Efficacité de l'hypnose pour le stress post-traumatique.....	62
VI.	Discussion.....	65

VII. Conclusion	69
VIII. Bibliographie	71

I. Introduction

Dans notre société occidentale où nous étions habitués à une certaine sécurité dans l'espace public. Nous avons assimilés le traumatisme à la survenue d'évènements privés soit de types agressions physiques et sexuelles soit de types accidentelles (exemple, un accident de la circulation). Dans ce contexte, historiquement, l'étude et le traitement du trouble post-traumatique a été lié à une spécialisation des thérapeutes intervenant auprès de vétérans de guerre ou de populations vivants dans des zones de combats. Or, la multiplication des attentats à fait revenir en force l'expérience traumatique comme étant susceptible de toucher chacun d'entre nous. En tant que thérapeute nous sommes donc d'avantage susceptible de rencontrer des clients ayant été victime d'un traumatisme. Si nous ne devons pas tous être en mesure de traiter le traumatisme, notre éthique thérapeutique nous amène à devoir tous être capable d'offrir une première écoute empathique de sa souffrance, en comprenant le vécu traumatique et d'être en mesure de l'orienter vers le traitement spécifique et approprié. En effet, le stress post-traumatique invalide l'individu dans ses relations, dans sa vie professionnelle et dans son aptitude à gérer le quotidien.

Dans cette perspective, l'objectif de ce mémoire est d'offrir une compréhension des phénomènes post-traumatiques et analyse critique de trois traitements qui déclarent être opérant pour le traitement du stress post-traumatique.

Dans le cadre de ce travail nous ciblerons le trouble du stress post-traumatique lié à un évènement unique et isolé (traumatisme de type I) chez l'adulte.

Dans la littérature scientifique actuelle de nombreuses études s'intéressent à comparer l'efficacité les traitements pour le PTSD et non leur processus thérapeutique.

C'est pour cette raison que nous formulons comme l'hypothèse de recherche suivante : sous une terminologie et des concepts théoriques différents leurs processus de changement respectifs ne partagent-ils pas un dénominateur commun et identifiable qui serait source de guérison ? Pour réaliser notre revue de la littérature, la recherche des articles s'est réalisée par l'intermédiaire de plusieurs bases de données et de sites internet. Les bases de données consultées sont : Pub Med qui est un moteur de

recherche donnant accès à la base de données bibliographiques de Medline ; Psycinfo et Psycarticles qui sont des bases de données reliées au domaine de la psychologie et des sciences du comportement, donnant accès aux périodiques de l'American Psychological Association ; Cairn info qui concerne les revues et ouvrages en sciences humaines et sociales ; et Scopus qui donne accès à des citations et des résumés issus de recherches bibliographiques et de sites Internet de qualité.

La recherche des articles a été réalisée à travers différents mots-clés. Pour le chapitre sur la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, les mots clés utilisés sont les suivants : « Acceptance and Commitment Therapy (ACT) », « ACT », « Thérapie de l'acceptation et de l'engagement », « TCC de troisième vague ». Pour le chapitre sur la reprogrammation et la désensibilisation par des mouvements oculaires, « Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) », « EMDR ». Pour le chapitre sur l'hypnothérapie, « hypnosis », « hypnotherapy », « clinical hypnosis », « hypnose », « cognitive hypnosis ».

Pour chaque chapitre, nous avons établi des équations avec les termes suivants : « Stress disorders », « Posttraumatic Stress Disorder », « PTSD », « ESPT », « Etat de stress post-traumatique », « syndrome de stress post-traumatique », « trauma », « Meta-analysis », « Effectiveness », « Efficacy », et « Efficiency ».

En interrogeant plusieurs bases de données, il est apparu des articles en double, voire en triple. Au final, un seul exemplaire a été comptabilisé. De plus des articles ont été éliminés d'emblée en lisant le titre de l'article car ils ne répondaient pas à la question de recherche.

Plusieurs filtres ont été sélectionnés pour les articles. Seules les études publiées à partir du 01/01/2000 ont été retenues et la recherche des articles s'est arrêtée le 01/06/2017. Seuls les textes en anglais et en français ont été gardés. Notre recherche a porté exclusivement sur les adultes ayant subi un traumatisme de type I (unique).

Afin de préciser le sujet, nous avons trouvé utile de commencer ce travail par un bref exposé des caractéristiques du syndrome du stress post-traumatique puisque chacune des thérapies va déployer un processus de changement articulé sur les caractéristiques du syndrome de stress post-traumatique.

Nous avons choisi pour chaque chapitre de suivre une structure similaire, en commençant par exposer les fondements théoriques de chaque approche, son processus thérapeutique type, son efficacité générale pour ensuite aborder ce qu'elle propose pour le traitement du stress post-traumatique et la démonstration empirique et validée par la recherche de son efficacité pour ce trouble.

Nous tenterons ensuite dans une discussion de reprendre les points originaux essentiels de chaque approche relatifs à leur objectif thérapeutique, leur processus de changement et leur efficacité. En relation avec notre hypothèse, nous pointerons les éléments communs transversaux à ces différentes approches. Enfin, nous soulignerons les forces et les limites de ce travail pour en dégager des perspectives de développements futurs tant au niveau du processus thérapeutique que pour la recherche.

II. L'Etat de Stress Post-Traumatique

Cette appellation découle de l'expression anglaise « Post Traumatic Stress Disorder » (SSPT). L'Etat de Stress Post-Traumatique est une entité clinique dont une description claire paraît dans les classifications internationales telles que le DSM V et la CIM 10. Les critères de l'état de stress post traumatique y sont détaillés permettant ainsi d'établir un diagnostic.

Deux types de traumatismes coexistent. Les traumatismes de type I, sont des évènements uniques, isolés liés à un agent stressant aigu non abusif et limités dans le temps : une agression, un accident, un incendie, une catastrophe naturelle, etc... Les traumatismes de type II sont des évènements qui se répètent dans le temps ou qui menacent de se reproduire à tout moment. Dans ce cas de figure, l'agent stressant est chronique et abusif : des actes d'abus et de maltraitances, guerre,... (Terr, 1991).

Plusieurs échelles permettent d'évaluer la symptomatologie psychotraumatique. Les plus connues sont la Clinical Administered SSPT Scale ou CAPS (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Gusman, Charney & Keane, 1995), la Posttraumatic Check List Scale ou PCL-S, validée en français par Ventureyra, Yao, Cottraux, Note & De Mey-Guillard en 2001 et l'Echelle d'Impact de l'Evénement Révisée ou IES-R d'Horowitz, révisée en 1997 par Weiss & Marmar.

2.1. Définition de l'Etat de Stress Post-Traumatique complet selon le DSM-5

En 2013, l'Association Américaine de Psychiatrie a révisé les critères de diagnostic du syndrome de stress post-traumatique dans la cinquième édition de son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Le syndrome de stress post-traumatique est inclus dans une nouvelle catégorie dans les troubles liés au traumatisme et au stress. Toutes les conditions incluses dans cette classification nécessitent une exposition à un événement traumatisant ou stressant comme critère de diagnostic (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Selon les critères diagnostiques du DSM-5, il y a quatre dimensions dans le SSPT : les symptômes de reviviscence et les symptômes d'évitement ; les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur ; et l'hyperactivité.

Pour rappel, le diagnostic du SSPT ne peut être posé qu'un mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Ces critères diagnostiques s'adressent aux enfants de plus de six ans, aux adolescents et aux adultes.

- A. La personne a été exposée à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
1. Être exposé directement à l'événement traumatique.
 2. Être témoin, en personne, de l'événement traumatique vécu par d'autres.
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un parent ou un ami proche. En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.
 4. Exposition indirecte extrême ou répétée aux détails aversifs du traumatisme, généralement dans le cadre de tâches professionnelles (par exemple, les premiers intervenants, les médecins). Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
- B. L'événement traumatique est persistant par la présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants :
1. Pensées intrusives, souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
 2. Rêves répétitifs pénibles (cauchemars) dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
 3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait.
 4. Détresse psychologique et émotionnelle intense ou prolongée après l'exposition à des rappels traumatiques, des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

- C. Évitement persistant des stimuli liés au traumatisme après le traumatisme, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :
1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
- D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :
1. Incapacité de se rappeler une ou plusieurs caractéristiques principales de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
 2. Croyances, hypothèses ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde.
 3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à culpabiliser ou à blâmer autrui.
 4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
 6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.
 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, avec au moins deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement imprudent ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Éléments spécifiques à prendre en compte:

1. Avec symptômes dissociatifs :

En plus de répondre aux critères de diagnostic, un individu connaît des niveaux élevés de l'une ou l'autre des manifestations suivantes en réaction aux stimuli liés au traumatisme:

- a. Dépersonnalisation. : Expérience persistantes ou récurrentes d'être un observateur extérieur de ses processus mentaux ou corporels ou détaché de soi-même (par exemple, se sentir comme si «cela ne m'arrive pas» ou on était dans un rêve).
- b. Déréalisation : Expérience d'irréalité de l'environnement, de distance ou de distorsion (par exemple, "les choses ne sont pas réelles").

2. Avec expression retardée :

De plus, dans le cas où les critères diagnostiques complets ne sont atteints qu'au moins six mois après le (s) trauma (s), bien que l'apparition de certains symptômes soit

immédiate, il conviendra de spécifier qu'il s'agit d'une expression retardée (APA, 2013).

2.2. Epidémiologie

Les résultats sont à interpréter avec précaution étant donné le recueil des données qui diffèrent d'un article à l'autre. Cette divergence peut s'expliquer par le fait que la récolte des données se base sur différentes cultures, dépend du type de traumatisme étudié et de l'interprétation de la définition du syndrome de stress post-traumatique. Le syndrome de stress post-traumatique serait diagnostiqué chez 1 à 10% de la population générale. Les chiffres relevés dans la population européenne, suggèrent une prévalence de 2,9 % pour les femmes et de 0,9% chez les hommes. Les résultats révèlent que les femmes présentent deux fois plus de chance de développer un SSPT que les hommes (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Une étude sur la population générale semble être nécessaire afin de pouvoir établir une généralisation.

2.3. Vulnérabilités et facteurs de risque

Les divergences au niveau du vécu du SSPT chez les sujets exposés à un évènement traumatique révèlent une certaine forme de vulnérabilité où certains facteurs de risque ont une influence sur l'évolution du syndrome.

Ces facteurs de risque peuvent se classer chronologiquement :

Tout d'abord, les facteurs pré-traumatiques enveloppent les caractéristiques de l'individu ou de son environnement qui existeraient avant l'évènement traumatique. Les facteurs individuels de vulnérabilité sont l'âge, le sexe féminin avec un risque de développer le syndrome deux fois plus élevé pour une même exposition, le niveau d'éducation et un niveau socio-économique bas (Brewin & Holmes, 2003). Peuvent se rajouter à cette liste les antécédents de troubles anxieux et/ou dépressifs, les expériences traumatiques antérieures, dont les sévices physiques ou sexuels dans la petite enfance. Les troubles mentaux diagnostiqués chez l'individu dans le passé ou son entourage peuvent influencer sur le développement du SSPT (Ozer & Weiss, 2004).

Ensuite, des facteurs liés à l'exposition qui interviennent au moment ou rapidement après l'évènement traumatique (facteurs péri-traumatique). Le développement du syndrome de stress post-traumatique découle partiellement des particularités de l'évènement traumatique : la gravité, le temps d'exposition, son caractère incontrôlable et inattendu, l'intensité et la proximité de l'évènement, l'impact physique et l'accompagnement de pertes matérielles voire humaines. Le type d'évènement joue également un rôle, certains évènements ont un potentiel traumatogène plus élevé que d'autres comme les agressions sexuelles, criminelles ou terroristes (Ozer & Weiss, 2004).

Plusieurs études émettent l'hypothèse que la présence d'une dissociation (péri-traumatique) multiplie le risque de développer un SSPT. Les éléments dissociatifs tels qu'une baisse de prise de conscience de l'environnement, une déréalisation, une dépersonnalisation, constituent le principal facteur de risque pour l'apparition du SSPT. La détresse péri-traumatique peut également être prédictive de la survenue du SSPT. Elle prend en compte les réactions d'effroi ou d'impuissance (Crocq, 2012).

Pour finir, les facteurs post-traumatiques constituent les éléments de vie stressants et négatifs apparus à la suite de l'expérience traumatique. Le décès d'un proche ou un épisode dépressif peuvent accroître le sentiment de détresse vécu par le sujet traumatisé et avoir un impact sur l'évolution des symptômes du SSPT. La disponibilité de l'entourage, le soutien familial et social peuvent influencer positivement ou négativement les symptômes. Les stratégies que l'individu met en place pour gérer le stress ou l'évaluation qu'il effectue de l'expérience traumatique jouent une importance dans le maintien des symptômes du SSPT (Charuvastra & Cloitre, 2008).

2.4. Comorbidité

Cependant, il est important de noter que le SSPT s'accompagne souvent de troubles comorbides comme les syndromes dépressifs (et tentatives de suicide), les conduites addictives, les troubles anxieux (Kessler et al., 1995).

Enfin, environ 30 % des personnes diagnostiquées SSPT guérissent en moins de trois mois et 50% en moins d'un an. La plupart des personnes évoluent vers une guérison,

chez certains le syndrome perdurent quelques années tandis que pour d'autres, une modification durable de la personnalité peut s'observer (Kessler et al., 1995).

III. La thérapie de l'acceptation et de l'engagement

Le terme ACT est un acronyme anglais qui signifie « Acceptance and Commitment Therapy » dont la traduction française est la thérapie de l'acceptation et de l'engagement. L'ACT est une psychothérapie étayée par Hayes, Strosahl, et Wilson en 1999, elle est issue des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). La particularité de cette thérapie par l'action, est qu'elle s'articule autour de la notion de contexte dont l'objectif est d'attribuer un sens au comportement généré par le patient. Deux théories principales sont à la source de l'ACT, le contextualisme fonctionnel et la théorie des cadres relationnels. Le but de cette intervention thérapeutique est d'amener le patient à prendre conscience de la lutte qu'il maintient avec son ressenti intérieur et qui participe au maintien de la souffrance (Seznec, 2015). Par des stratégies d'acceptation, de pleine conscience et de défusion cognitive, on aide le patient à adopter des actions en accord avec ses propres valeurs (Orsillo & Batten, 2005). Le thérapeute accompagne et encourage le patient à redécouvrir ce qui l'anime au plus profond de lui et à retrouver de la cohérence dans sa vie. Cette thérapie n'entreprind pas de changer ou de supprimer des symptômes, des émotions, des pensées ou des sensations corporelles mais d'apprendre au patient à être apte à agir et prendre des décisions face aux divers comportements possibles qui s'offrent à lui. La thérapie ACT appartient à la « troisième vague » des thérapies TCC, elle découle du comportementalisme¹ et du cognitivisme². La « troisième vague » porte son attention sur le contexte, sur le mode de fonctionnement, et non sur le contenu des phénomènes psychologiques (Seznec, 2015). Selon l'ACT, les pensées, les images mentales, les émotions ou les comportements tels quels ne peuvent être interprétés comme pathologiques. Tout dépend du contexte et de la fonction qu'ils y occupent à l'instant où ils font leur apparition (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Cela résulte du rapport que l'être humain entretient avec eux. (Seznec, 2015).

L'ACT se réfère à la Théorie des Cadres Relationnels (TCR). Celle-ci a pour visée de comprendre comment le langage et la cognition influencent les actions de tout un

¹ «La première vague s'appuie sur l'apprentissage d'un comportement alternatif au comportement problème (modèle de Pavlov)» (Seznec, 2015, p. 4).

² «La deuxième vague recherche les pensées automatiques afin de générer des pensées alternatives (modèle de Beck). Elle met en évidence les scénarii catastrophes pour permettre la reconstruction cognitive» (Seznec, 2015, p. 4).

chacun et comment il est possible, à travers eux, de transformer la manière dont il perçoit le monde et fait des choix. L'intérêt est d'utiliser le langage pour interagir autrement avec les pensées, émotions ou souvenirs. Le problème réside régulièrement dans les tentatives de contrôle face aux pensées et émotions jugées comme négatives. L'individu s'engage dans des conduites inefficaces aux conséquences néfastes telles que vouloir supprimer, maîtriser ou résoudre le sentiment de menace. Les moyens utilisés par l'ACT pour permettre au patient d'entrevoir d'autres possibilités, afin d'acquérir une plus grande flexibilité psychologique, sont les métaphores et l'analogie (Seznec, 2015).

Le recours à des stratégies d'évitement expérientiel offre le bénéfice à court terme d'un sentiment d'apaisement suite à une diminution temporaire de la charge émotionnelle négative. Le sentiment éphémère de soulagement renforce le maintien de ces stratégies inefficaces. Le problème réside dans le fait que pour certaines conduites de contrôles comme « la suppression de la pensée », l'évitement est contreproductif car il s'accompagne d'un effet rebond (Seznec, 2015). Une étude menée par Trinder & Salkovskis (1994) a permis de constater que les personnes à qui l'on avait suggéré de réprimer leurs pensées intrusives négatives ont mentionné avoir plus de ces pensées que les sujets à qui on avait proposé de surveiller leurs pensées. Tenter de contrôler les événements privés contribue paradoxalement à augmenter leur fréquence. D'où l'intérêt de choisir l'utilisation de l'acceptation qui n'est qu'une compétence à apprendre. Le patient acquiert ainsi la capacité de défusionner, à prendre le rôle d'observateur face aux sentiments et pensées qui le traversent, sans les éviter. Il décide de les accepter peu importe qu'elles soient évaluées comme négatives ou positives. L'être humain, en fusionnant avec ses pensées, a tendance à formuler symboliquement une série de règles qui va régir ses comportements et qu'il va tenter de confirmer. Celles-ci entraînent une perte de contact avec les éléments précédents et consécutifs à ces comportements. L'important pour l'ACT est essentiellement de se reconnecter à ce qui se passe dans l'instant présent, puisqu'il est impossible pour l'individu d'agir sur le passé ou sur le futur. (Seznec, 2015).

Il est primordial pour le bon déroulement de la thérapie que le patient participe activement aux exercices durant les séances et pratique également entre les séances. En effet, cette approche s'appuie sur l'apprentissage par l'expérimentation sensorielle et mentale (Seznec, 2015).

« Au final, l'objectif de l'ACT est de ramener les processus cognitifs verbaux sous un meilleur contrôle contextuel et de permettre à l'individu d'être en contact direct avec les conséquences positives de ses comportements, afin qu'il s'oriente vers des directions de vie choisies et valorisées. » (Seznec, 2015, p. 13). L'ACT se distingue des autres thérapies par sa préoccupation centrale de la qualité de vie. La thérapie insiste sur l'importance de l'identification des valeurs personnelles qui fournit une direction de vie à suivre et sert à motiver les changements. Avoir connaissance de l'action à suivre permet de prendre les mesures adéquates, indépendamment de la présence d'expériences internes évaluées négativement (Hayes et al., 2006).

En pratique le nombre de séances pratiquées par la thérapie ACT varient entre six et douze dans les essais publiés. De plus, la thérapie est fréquemment appliquée en groupe par tranches de deux heures (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015).

3.1. Efficacité de l'ACT

La thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT) est une intervention psychologique empirique qui a été exposée pour traiter efficacement un certain nombre de troubles chez l'adulte et les adolescents (Ruiz, 2010). Hayes et al. affirment que l'évitement expérientiel est au centre de la souffrance humaine et de la psychopathologie (Hayes et al., 2006).

« Étant donné que la perte de flexibilité semble être commune à l'ensemble des troubles psychologiques, la démarche clinique de l'ACT sera globalement la même pour l'ensemble des syndromes répertoriés dans les classifications de type DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou CIM (Classification Internationale des Maladies) » (Ducasse & Fond, 2015, p. 5).

De nombreux essais cliniques contrôlés randomisés ont attesté de l'effet bénéfique de l'ACT dans diverses pathologies psychiatriques telles que la psychose, le stress, la dépression et l'anxiété (Powers & Emmelkamp, 2009). Contrairement aux affirmations de certains auteurs concernant le statut empirique d'ACT, la Division 12 de l'American Psychological Association a inclus l'ACT pour la dépression sur sa liste de traitements à soutien empirique (Gaudio, 2011). L'utilité de l'ACT a été montrée dans des domaines de la médecine comme la prise en charge de la douleur chronique,

l'arrêt du tabac, la gestion du diabète, les addictions, l'épilepsie, la gestion des acouphènes, les troubles du comportement alimentaire, la souffrance psychologique des patients atteints de sclérose en plaque et la gestion du stress au travail. De ce fait, cette thérapie semble être un outil thérapeutique de qualité pour la pratique en médecine générale (Ducasse & Fond, 2015).

Les études portant sur le modèle ACT et ses processus sont de plus en plus nombreuses (Ruiz, 2010). Elles ont ainsi pu donner lieu à des méta-analyses et des revues de la littérature qui exposent les aspects de cette psychothérapie afin de prouver son efficacité. Les résultats mettent en évidence une efficacité supérieure de l'ACT par rapport à la liste d'attente. D'autre part, les études montrent que le patient fait l'acquisition de compétences spécifiques, indépendamment du trouble : l'augmentation de la défusion cognitive et du contact avec l'instant présent, la diminution de l'évitement expérientiel (Ducasse & Fond, 2015).

Les méta-analyses d'ACT publiées ont parfois suscité des controverses. La première méta-analyse (Hayes et al., 2006) a rapporté *de grandes tailles* d'effet pour l'ACT par rapport à toutes les conditions de comparaison présentes dans l'analyse. Cependant, les auteurs ont dû admettre que leurs constatations ne pouvaient être validées ayant inclus comme point de comparaison des études encore non publiées (Dimidjian, Arch, Schneider, Desormeau, Felder & Segal, 2016). Par la suite, une méta-analyse de Öst et al. en 2008, fréquemment citée, qui reprend treize essais cliniques, met en évidence plusieurs limites dont le nombre de recherches qui reste insuffisant, la taille trop restreinte des échantillons et l'absence de rigueur des méthodologies employées (prises en charge non protocolisées, échantillons jugés trop féminins, un nombre trop bas d'études ayant recours à plusieurs thérapeutes, certains travaux ne pratiquant pas de classification internationale) (cité par Carrascoso Lopez & Valdivia Salas, 2009). Une autre méta-analyse (Powers & Emmelkamp, 2009) a conclu à partir de dix-huit essais contrôlés que l'ACT a surpassé le groupe de la liste d'attente et placebo. Néanmoins, cette méta-analyse ne témoigne pas de la supériorité des effets de l'ACT comparativement aux traitements de référence. Ces deux méta-analyses invitent à conclure que les résultats restent trop peu nombreux et trop peu fiables pour certifier l'efficacité de l'ACT (Dimidjian et al., 2016). Levin & Hayes (2009) se sont basés sur l'analyse précédente de Powers & Emmelkamp (2009) pour effectuer une réanalyse. Ils ont recatégorisé les traitements de comparaison et ont conclu que l'ACT a

significativement surpassé les traitements de comparaison établis (Carrascoso Lopez & Valdivia Salas, 2009). La méta-analyse de Ruiz, réalisée en 2012, est composée de seize essais cliniques comparant l'ACT à la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) traditionnelle pour diverses préoccupations, telles que la douleur chronique, les troubles de l'anxiété, l'expérience psychologique du cancer, la dépendance, la dépression et le stress au travail. Dans l'ensemble, il a relevé que l'ACT a largement surpassé la TCC sur les résultats primaires au post-traitement et au suivi et également, pour les résultats de qualité de vie et des processus de changement liés à l'ACT, au post-traitement mais pas au suivi. En 2014, Öst conduit une autre méta-analyse de l'ACT sur soixante essais cliniques contrôlés axés sur un large panel de troubles psychologiques, somatiques/physiques ou liés au stress sur le lieu de travail. Öst a constaté que l'ACT a nettement surpassé la « waiting list », le placebo et les traitements habituels lors du post-traitement (Hallis, Cameli, Dionne & Knauper, 2016). La qualité globale de l'étude ne diffère pas significativement de la méta-analyse réalisée par Öst en 2008. Quelques années plus tard, A-Tjak, Davis, Morina, Powers, Smits & Emmelkamp (2015) ont publié une méta-analyse qui reflétait l'accent mis sur des études de meilleure qualité, plus grandes et plus ciblées. Cette méta-analyse comprend trente-neuf essais cliniques contrôlés et se limite à des essais cliniques axés sur un « trouble cliniquement pertinent » avec un minimum de dix participants par cellule au post-traitement et les interventions ACT sélectionnés sont uniquement celles basées à minimum 80% sur l'ACT. Cette analyse lui a permis de constater, comme l'avait fait Öst, que l'ACT était supérieure aux conditions de comparaison, y compris « waiting list », placebo et traitements habituels. Toutefois, l'ACT n'a pas été démontrée comme étant supérieure aux traitements TCC établis (Dimidjian et al., 2016). Ils arrivent à la même association que l'analyse d'Öst (2014), cependant A-Tjak constate une amélioration de la qualité méthodologique des études portant sur l'ACT au fil du temps (A-Tjak et al., 2015). Cela dit, l'hétérogénéité des échantillons dans la plupart des méta-analyses publiées complique l'interprétation des résultats (Dimidjian et al., 2016).

La difficulté relative aux méta-analyses d'ACT est que la majorité des analyses concernent des troubles divers ; c'est donc un défi de les combiner. Toutefois, cette diversité des problèmes psychologiques observés à travers les méta-analyses reflète la force potentielle de l'approche ACT. L'avantage de cette dernière est qu'elle ne tente

pas de résoudre un trouble ou un problème en particulier (comparativement à de nombreuses approches psychothérapeutiques), mais a été développée pour mettre en évidence des principes d'inflexibilité et de flexibilité psychologique, afin d'acquérir des stratégies pour passer de l'un à l'autre. L'ACT semble donc une approche permettant de traiter une grande variété de problèmes cliniques et non cliniques (Dimidjian et al., 2016). Pour conclure, les résultats méta-analytiques indiquent que l'ACT a démontré une supériorité pour une variété de conditions contrôlées. Néanmoins, l'ampleur des effets pour les comparaisons de l'ACT à la TCC, ou aux traitements établis de manière générale, ont fortement différencié dans l'ensemble des méta-analyses (Dimidjian et al., 2016). Pour certains, l'ACT et la TCC ne diffèrent pas significativement (A-Tjak et al., 2015; Öst, 2014; Powers & Emmelkamp, 2009) et pour d'autres les résultats sont significatifs (Hayes & al., 2006; Levin & Hayes, 2009).

3.2. L'ACT pour le traitement du trouble du stress post-traumatique

La reviviscence des souvenirs traumatiques, le surgissement de pensées indésirables, des visions cauchemardesques et des sentiments désagréables font parties du quotidien d'une personne diagnostiquée avec un syndrome du stress post-traumatique. Les réactions qui se déclarent face à ces événements intérieurs sont souvent des attitudes de contrôle et d'évitement. Il est fréquent que les patients soient convaincus que la guérison nécessite l'oubli total ou partiel de l'événement traumatique. La démarche que propose l'ACT est quasiment le contraire. L'ACT aide les clients à affronter leurs pensées, leurs émotions et leurs souvenirs douloureux en les expérimentant et en les intégrant dans leur histoire (Walser & Hayes, 2006). L'ACT ne se focalise pas sur la réduction des symptômes, qui est considérée comme secondaire à une vie appréciée, mais s'intéresse au rôle et à la fonction qu'occupent les expériences psychologiques. Sa théorie sous-jacente suggère que la vie appréciée peut augmenter et parallèlement, les symptômes peuvent rester présents (Hayes et al., 2006). Elle se concentre également sur la poursuite d'activités significatives de la vie pour l'individu à partir de ses valeurs (Woidneck, 2013). L'ACT aide les individus à élargir leur champ de réponses face aux expériences internes indésirables. Cet élargissement des réponses est nommé flexibilité psychologique (Hayes et al., 2006). Elle agit sur le manque de souplesse et de persistance dans la poursuite d'orientations de vies appréciées (Jansen

& Morris, 2017). L'ACT présente une méthode d'approche des problèmes liés au traumatisme qui est structurée pour aider un client à trouver, au-delà du traumatisme, une vie qui a de la valeur (McLean & Follette, 2016).

Courtois (2008) a décrit sept domaines spécifiques de problèmes de comportement associés au SSPT: difficultés d'attention ou de conscience, changements de perception de soi (sentiment de culpabilité et de honte), altérations de la perception de l'auteur, problèmes de régulation des émotions, les difficultés liées aux autres, la perte de systèmes de sens (désespoir) et les problèmes somatiques (cité par McLean & Follette, 2016).

De nombreuses études appuient la prémisse selon laquelle les comportements d'évitement et d'évasion jouent un rôle fondamental dans le développement et le maintien du SSPT et des problèmes liés au traumatisme (Orsillo & Batten, 2005). Faire appel à l'évitement expérientiel semble ne pas être réalisable tout d'abord, car l'individu ne peut parvenir à supprimer des états émotionnels et des pensées automatiques. Il a recours à l'évitement expérientiel lorsque des pensées ou des émotions, évaluées négativement, font irruption alors qu'il ne veut pas les vivre (Blackledge, 2004). Ainsi, il prend des mesures pour modifier la forme ou la fréquence de ces événements internes. Vouloir éliminer délibérément des sentiments, c'est, dans un sens, refuser des éléments de sa propre existence (Walser & Westrup, 2006). Il est probable que les tentatives de suppression de la pensée et de l'émotion puissent être, en partie, à l'origine du développement de troubles tels que l'anxiété, la panique, le stress post-traumatique et la dépression (McLean & Follette, 2016). Pour de nombreuses personnes souffrant de SSPT, cela réduit considérablement les activités sociales et les interactions significatives avec le monde (Orsillo & Batten, 2005; Walser & Hayes, 2006).

La conscience se définit, selon Kabat-Zinn (cité par Batten & Hayes, 2005), comme une prise de conscience et un contact avec le moment présent. D'après l'ACT, pour atteindre un état de conscience cela implique le passage par quatre processus clés (Hayes et al., 2006) : « l'acceptation de l'expérience, la défense du sens littéral de la pensée (par exemple, l'observation de la pensée comme une pensée, pas comme ce qu'elle dit), un contact continu avec le moment présent, et un sens transcendant de soi. » L'ACT fait appel aux techniques de Mindfulness qui permettent, en général, de

faciliter ces processus, en procurant un contexte dans lequel le patient est à même d'expérimenter des événements privés internes dans le moment présent, sans traitement et sans jugement. Le patient doit simplement identifier ses pensées et ses sentiments en tant qu'événements en cours qui n'ont pas besoin de gouverner le comportement actuel. Il devra apprendre à se reconnecter directement aux conséquences de ses comportements. Ce travail consiste à observer les pensées comme étant le produit de l'esprit et ne reflétant pas la réalité. Cette pratique incite le client à s'exposer aux émotions tout en réduisant l'évitement expérientiel et atteste de la non-nocivité des événements émotionnels eux-mêmes (Walser & Hayes, 2006). Afin d'aider le patient à prendre de la distance vis-à-vis des pensées, le thérapeute peut suggérer au patient des exercices de distanciation comme : « Faire précéder la pensée de la phrase « j'ai constaté que j'ai la pensée que... » ; nommer l'histoire que nous rabâche notre esprit «tiens, voilà encore l'histoire de... », sans discuter la pensée, simplement remercier notre esprit pour cette histoire ; modifier la forme de la pensée comme si elle émanait d'un écran d'ordinateur (en changeant la couleur, les caractères....ou en changeant la sonorité, ou se la dire sur l'air d'une chanson que nous aimons). » (Ducasse & Fond, 2015, p. 4).

Plusieurs études ont permis de constater que les victimes du SSPT sont plus susceptibles de répondre à des stimuli liés aux traumatismes qu'à d'autres stimuli apparemment neutres ou renforçants (Hayes, LaBar, McCarthy, Selgrade, Nasser, Dolcos & Morey, 2011). L'ACT par la prise de conscience, permet à l'individu de transcender les processus d'hypervigilance à tout dans son environnement. L'hypervigilance fait perdre au patient le contact avec l'instant présent. En effet, l'individu pense que l'hypervigilance va l'aider à garder un contrôle sur l'environnement actuel alors que paradoxalement, cette vigilance nuit à sa capacité à discriminer les stimuli potentiellement dangereux. Les pratiques simples telles que la marche, la consommation ou la respiration consciente peuvent permettre au client de remarquer tranquillement le moment actuel et de l'aider à régler la détresse émotionnelle (McLean & Follette, 2016).

En augmentant sa capacité à ne pas s'engager de façon stéréotypée dans des actions de contrôle, le patient augmente sa « flexibilité psychologique ». Cette flexibilité psychologique peut être évaluée à l'aide du questionnaire d'acceptation et d'action (traduit et validé en langue française par Monestès, Villatte & Loas, 2009). Le

questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ) est une mesure d'auto-évaluation qui tente d'évaluer plusieurs des caractéristiques clés de l'ACT et son modèle sous-jacent. Il est décrit comme une mesure de l'évitement expérientiel (c'est-à-dire une faible flexibilité psychologique). Les éléments se concentrent sur le contrôle de l'expérience, l'acceptation psychologique et l'action en dépit de l'expérience d'événements privés aversifs. L'AAQ est en corrélation dans la direction attendue avec la plupart des mesures de psychopathologie, y compris la dépression, l'anxiété, la gravité psychiatrique globale (Jansen & Morris, 2017).

Il est essentiel pour le bon déroulement de la thérapie, que le client soit prêt c'est-à-dire, en mesure de s'engager activement dans la poursuite d'une thérapie intensive comportant un certain nombre de séances. Le thérapeute quant à lui, se doit de s'informer quant aux approches les mieux indiquées pour le client, si une autre approche semble mieux correspondre à un problème rencontré par le client, il doit la prescrire ou l'intégrer au cours de l'ACT (Walser & Hayes, 2006).

L'ACT poursuit plusieurs objectifs qui peuvent être maniés selon les besoins du patient et l'ordre établi par le thérapeute. L'ACT se veut être une thérapie diversifiée et flexible en fonction des besoins du client. Nous nous concentrons, dans cette partie, sur les objectifs principaux ciblant le traitement du stress post-traumatique et les traumatismes. Les notions clés de la thérapie sont d'accepter, choisir et prendre des mesures. Le principe de base est d'abandonner consciemment toutes les tentatives de changements mentaux et émotionnels lorsque les efforts de changements n'ont pas eu le résultat souhaité. Et ainsi, de les remplacer par l'acceptation émotionnelle et l'ouverture à ses propres émotions (Bond & Bunce, 2003). Comme nous l'avons expliqué, le client n'est pas encouragé à accepter la situation traumatique mais bien à expérimenter le traitement émotionnel lié à celle-ci, tout en s'engageant dans des comportements valorisés et sûrs afin de sortir de la situation. Le client doit connaître les valeurs qu'il veut poursuivre de manière à être apte à reconnaître une direction précieuse et à s'engager dans l'action requise. Généralement, malgré la profonde douleur, les clients ont la capacité de repérer ce qui est important et ce qui compte dans leur vie. Pourtant, les objectifs (valeurs poursuivies) se perdent ou sont abandonnés en raison de pensées, émotions ou sensations physiques qui indiquent au client qu'il ne peut les atteindre tant que certains événements subjectifs internes ne changent ou ne disparaissent. Par exemple, une personne abusée sexuellement peut

avoir à l'esprit qu'elle a été endommagé par l'abus et de ce fait n'engager aucune relation romantique jusqu'à ce que le sentiment d'être « endommagée » disparaisse. La douleur est parfois si intense, qu'elle ne veut pas rentrer en contact avec l'idée d'un rapport intime. Elle ne conscientise pas, que cette douleur la renvoie à des valeurs et des choix inadaptés, car la souffrance de l'endommagement implique un désir d'intimité (Walser & Hayes, 2006).

La thérapie de l'ACT se compose de six processus psychologiques : contact avec le moment présent, valeurs, action engagée, « soi » comme contexte, défusion et acceptation, qui permettent d'atteindre la cible et flexibilité psychologique. Le premier objectif de l'ACT, est de favoriser un état de désespoir créatif. Cet état émerge lorsque les patients parviennent à reconnaître l'irréalité de leurs efforts pour se débarrasser du contenu émotif négatif et commencent à envisager l'éventualité de nouveaux modes de vie (Batten & Hayes, 2005). Il est courant chez les victimes d'un traumatisme, que celles-ci se persuadent que si elles avaient eu un historique de vie différent (sans traumatisme), leurs problèmes seraient résolus et elles ne subiraient pas de troubles émotionnels. Cependant, à force de se répéter ce scénario, elles parviennent à se convaincre que cela aurait été la solution à leurs problèmes, de ce fait, elles ne font qu'amplifier la pertinence comportementale de cette histoire douloureuse et doivent chercher encore plus de « solutions ». Du point de vue de l'ACT, les solutions que le patient a expérimentées sont considérées comme faisant partie intégrante du problème (Walser & Hayes, 2006). Le thérapeute ACT invite les clients à déterminer eux-mêmes quels sont leurs objectifs, constater les méthodes qu'ils ont utilisés pour atteindre ces objectifs et évaluer consciencieusement l'efficacité ou la rentabilité de ces stratégies (Orsillo & Batten, 2005). Il ne faut pas oublier que pour l'individu il y a une « double peine », celle d'avoir échoué en tentant de contrôler ses événements psychologiques et s'ajoutant à cette émotion douloureuse, la culpabilité de ne avoir réussi (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015). À cette étape, le thérapeute offre un certain nombre de méthodes verbales et expérimentales spécifiques dont les métaphores pour aider le client à prendre conscience de sa situation et des solutions non fonctionnelles adoptées (Orsillo & Batten, 2005). Par exemple, « la métaphore de la personne dans le trou » : une personne doit traverser un champ semé de trous les yeux bandés pourvue d'un sac à outils, et elle finit par tomber dans l'un d'eux. La personne, ayant les yeux bandés, n'est donc pas

responsable d'être tombé dans le trou. En voulant sortir, elle découvre que son sac ne contient qu'une pelle. Elle se met donc à creuser or creuser contribue à faire des trous. Elle essaye de trouver d'autres solutions comme par exemple, tenter de comprendre ce qui l'a conduit dans le trou mais cela n'aide pas à en sortir. Tant que la personne ne lâche pas la pelle, elle ne peut saisir autre chose (Walser & Hayes, 2006). Il est important, quand un travail est entamé avec des survivants de traumatisme, que le thérapeute s'assure que le client ne se soit pas responsabilisé à ce stade. Il y a un danger de compréhension quand le thérapeute informe le patient de sa part de responsabilité dans le creusement. D'où l'importance de rappeler, comme le dit si bien la métaphore, que le client n'est pas responsable d'être tombé dans le trou. Il est uniquement responsable de son « creusement » qui est la seule réponse, compte tenu des circonstances, qu'il a entrevu. La responsabilité se situe au niveau de la capacité à répondre aux événements, d'entrevoir d'autres possibilités, d'être ouvert à des façons de faire différentes. Le thérapeute doit constamment agir dans un cadre de compassion pour accueillir le vécu du client, les luttes qu'il a pu engager. À ce stade de la thérapie, il doit permettre au client de réaliser que sa vie peut vivre toutes les possibilités, chacune dépend du choix que le client fait dans l'ici et maintenant. L'émotion réelle éprouvée le plus fréquemment est l'espoir/ le soulagement (Walser & Hayes, 2006).

Le deuxième objectif de l'ACT est d'amener le client à comprendre que le contrôle des événements privés est à l'origine de ses problèmes (Orsillo & Batten, 2005). Les tentatives du client d'exercer un contrôle émotionnel et cognitif sont considérées comme des obstacles à des solutions potentielles aux difficultés qu'il rencontre dans sa vie. Ces tentatives sont des efforts volontaires et conscients ayant pour but de se libérer, d'empêcher ou d'échapper aux pensées et aux sentiments négatifs (Walser & Hayes, 2006). Celles-ci détournent le client de ce qu'il apprécie et l'empêchent de s'investir dans une activité productive. Ainsi, l'adoption de comportements inadéquats sont susceptibles d'augmenter la fréquence et l'impact négatif des événements privés qu'il tente de maîtriser. L'individu tente de contourner toute douleur psychologique éventuelle, à la fois en fuyant des situations objectivement néfastes, mais également en tentant de faire disparaître les expériences privées aversives elles-mêmes (par exemple, oublier les souvenirs). Ces comportements d'évitement peuvent s'accroître pratiquement indéfiniment, selon différents contextes qui sont directement ou

indirectement liés aux expériences privées éprouvantes (par exemple, évitement de situations sociales suite à une agression sexuelle) (Orsillo & Batten, 2005). L'une des métaphores utilisée par le thérapeute pour illustrer cette phase est l'exemple du piège des doigts chinois. Le but du jeu est d'insérer les deux index dans un tube de paille et d'essayer, par la suite, de les retirer. Le résultat est qu'au plus l'individu tente d'enlever ses doigts en tirant, au plus le tube se resserre sur ceux-ci. Ceci illustre l'idée selon laquelle, plus l'effort est intense pour échapper, plus l'individu se sent mal à l'aise, plus il est pris au piège. Essayer de fuir l'expérience émotionnelle peut fonctionner comme un piège à doigts chinois. Plus vous essayez de ne pas ressentir les émotions, plus les émotions "se serrent" sur vous. De nombreuses expériences traumatiques se déroulent dans des circonstances où, pour la personne traumatisée, il y a eu perte d'un sentiment personnel de contrôle (Walser & Hayes, 2006). Face à l'imprévu, l'inhabituel et l'incontrôlable, l'individu tente de trouver des explications et d'élaborer des attributions causales à son sujet, de ce fait, la nature de l'explication prédira généralement la manière dont il répond à l'évènement (Brewin & Holmes, 2003).

Les concepteurs de l'ACT (Hayes et al., 2006) maintiennent l'idée selon laquelle l'évitement expérientiel découle en partie du comportement verbal propre à l'humain (la théorie des cadres relationnels). Le langage, et tout particulièrement l'auto-discours, influence de manière déterminante l'impact des dégâts causés directement par l'évènement traumatique (Blackledge, 2004). Dans le cadre de l'ACT, la souffrance se produit parce que le langage a le pouvoir d'amener la douleur du passé dans le présent et même dans l'attente d'évènements futurs. Le langage peut commencer à créer des réseaux qui s'étendent au-delà d'une expérience initiale, et la douleur peut être associée à un large éventail de stimuli (McLean & Follette, 2016).

La «fusion cognitive» se définit comme étant un processus dans lequel le pouvoir réglementaire des stimuli verbaux et cognitifs prime. Avoir des pensées réglementaires nous aide à faire des choix, à évaluer, à résoudre des problèmes mais cela peut nous porter préjudice. Ainsi, les personnes entendent leurs pensées comme représentant littéralement la vérité, et ils répondent à leurs constructions du monde comme si celles-ci incarnaient le monde. Une réaction fréquente d'un individu traumatisé est de s'imaginer comment aurait pu être sa vie en l'absence du traumatisme. Le résultat de l'évaluation s'avère douloureux car la personne est dans

une démarche qui implique d'imaginer d'autres scénarios (ruminantion). Lorsque ces tentatives pour taire les souvenirs indésirables échouent, des jugements négatifs supplémentaires par rapport à soi sont susceptibles d'apparaître, par exemple se voir comme un « échec ». Un grand nombre de preuves empiriques suggèrent que les autoévaluations négatives sont au coeur du stress post-traumatique et que la fusion avec ces évaluations peut à la fois instaurer l'état d'aversion désigné par ces évaluations et entraîner des comportements inadaptés ultérieurs. On pourrait également s'attendre à ce qu'un individu qui fusionne étroitement avec les évaluations verbales et les règles fusionne étroitement avec les descriptions verbales des événements passés. (Blackledge, 2004). Parvenir à « défuser » de ces constructions permet à l'individu de voir les mots pour ce qu'ils sont et à apprendre à y répondre de la manière la plus adéquate possible. La fusion cognitive et l'évaluation combinées, amènent facilement à « éviter », ce qui est néfastes pour diverses raisons : ils réduisent l'éventail des comportements à même de se produire, entravent les formes saines d'exposition et renforce les réponses problématiques. Livrer des explications verbales pour un comportement (ex : je ne peux pas faire ceci en raison de mon traumatisme) tend à rendre un traitement adéquat plus laborieux car le changement du comportement semble peu probable au vue de l'importance accordée à ces raisons. Des techniques d'acceptation et de « défusion » peuvent générer un nouveau contexte dans lequel l'individu traumatisé est à même de se voir et de voir le monde autrement (Walser & Hayes, 2006). Le résultat de la « défusion » est généralement une diminution de la crédibilité ou de l'attachement à des événements privés plutôt qu'un changement immédiat de leur fréquence (Hayes et al., 2006). Le thérapeute s'assure activement que le client a validé et reconnaît les souffrances qui font partie de ses pensées et sentiments (McLean & Follette, 2016).

Le comportement verbal n'étant pas contraint par le contexte, rien ne peut l'empêcher de se produire et la douleur qu'il suscite ne peut être réglementée (Walser & Hayes, 2006). Des travaux expérimentaux sur le langage ont permis de relever deux caractéristiques des comportements langagiers. Tout d'abord, suivre une règle verbale amène à être insensible aux conséquences réelles de ses comportements, ce détachement empêchant l'individu de s'ajuster à son environnement et à ses changements. Dans cette perspective, les règles consistent en des formulations verbales qui indiquent un comportement ultérieur (Blackledge, 2004). Un

comportement gouverné par une règle équivaut à être gouverné par des antécédents verbaux. L'ACT a pour but d'aider l'individu à adopter un comportement gouverné par ses conséquences propres. Par exemple, le fait de ne pas manger un aliment dont la date de péremption est dépassé peut être un choix causé par une précédente indigestion (conséquences directes) ou parce que quelqu'un m'a appris que cela pouvait être dangereux (antécédents verbaux). La deuxième caractéristique repose sur la théorie des cadres relationnels (TCR). Cette théorie repose sur le fait que l'individu crée des réseaux cognitifs « par lesquels les événements viennent à être arbitrairement rapprochés les uns des autres » (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015, p. 12). Selon la TCR, il n'est pas possible d'éliminer ces réseaux. « Ainsi, un mot (par exemple, « accident ») peut déclencher la même émotion (peur) que l'événement concret qui en était à l'origine parce que mot et événement entrent dans une relation arbitraire d'équivalence (c'est la communauté verbale qui définit la relation entre le mot et l'événement concret, et non leurs propriétés physiques) » (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015, p 12). Les mots qui forment la pensée ont donc la possibilité d'être tout aussi déplaisants que l'exposition à la situation traumatique auxquels ils font référence (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015). Et en utilisant le langage plus comme un outil pour noter et décrire les événements, pas simplement pour les prédire et les juger (Hayes et al., 2006).

Pouvoir distinguer le « soi » comme contenu du « soi » comme contexte est le troisième objectif. Le but étant de construire une place dans laquelle le patient peut apprendre à se considérer comme «soi » contexte plutôt que comme « soi » contenu, ce qui désactive le contenu littéral de ses conversations internes (Blackledge, 2004). Les clients voire tout individu, luttent en permanence avec son « soi ». L'individu fusionne avec les mots qu'il dit ou pense. Par exemple, une personne qui se dit à elle-même « Je suis mauvaise », à partir de la position de « soi » comme contenu, ne fera pas de distinction entre ce qui est le produit de son imagination ou non, et considèrera la déclaration comme une vérité réelle plutôt que comme une pensée provenant de soi. Autrement dit dans l'ACT, la pensée « Je suis mauvaise » peut être perçue comme une idée passagère que le client n'a pas à identifier et ainsi, il pourra se défusionner de ses pensées. Dans la thérapie ACT, cette défusion n'est possible que dans une perspective expérientielle où le « soi » est associé à une conscience continue (contexte) (Walser & Hayes, 2006).

Il y a trois aspects du soi qui sont abordés durant les sessions ACT. Premièrement, le « soi conceptualisé », qui est conçu par notre capacité à interagir verbalement avec soi et autrui. Il nous permet de classer, expliquer, rationaliser, évaluer, et ainsi de suite. Ce soi pourrait être nommé « soi comme contenu », un soi conceptualisé que l'individu crée verbalement afin de donner du sens à son histoire, à son comportement, à soi. Le problème se pose lorsque l'individu considère le contenu de ce soi conceptualisé comme représentant littéralement la vérité. Si la personne traumatisée a des pensées telles que « Je suis gâchée car j'ai été maltraitée durant mon enfance », le problème à résoudre semble impossible car il n'est pas concevable qu'une autre enfance se produise. Dès lors, il n'est pas souhaitable que l'individu accepte et tienne pour vrai le contenu du soi conceptuel. (Walser & Hayes, 2006). De plus, si l'individu fusionne avec les souvenirs traumatiques, cette confusion du passé avec le présent pourrait produire des expériences particulièrement puissantes. Lorsque de tels souvenirs se produisent, un individu qui se définit selon le contenu de ce qui est actuellement expérimenté peut réagir comme si le traumatisme rappelé est en train de se reproduire et constitue une menace contraignante pour son bien-être (Blackledge, 2004). Le deuxième soi est le « soi comme processus de connaissance ». L'individu se connaît et a la capacité de décrire ses émotions et ses réactions à autrui. Cette connaissance de soi est précieuse en termes de socialisation et de civilisation. À travers un processus d'entraînement, l'individu peut, par exemple, communiquer qu'il a faim ou signaler quand il est en souffrance. Ce processus permet d'évaluer notre propre comportement et celui d'autrui. Ainsi, si le processus de formation est déviant, la personne peut ne pas savoir comment se comporter et rentrer en relation avec son environnement social. Par exemple, une personne abusée durant l'enfance dont les appels à l'aide n'ont pas été entendus pourra être incapable de comprendre ses émotions et de les communiquer à son entourage. De nombreuses personnes peuvent inhibées le processus permettant de décrire ou d'exprimer les sentiments de manière adéquate suite à un traumatisme. Par conséquent, le thérapeute accompagne le client vers un processus de connaissance qui implique l'expérience actuelle et historique. Le client apprend à s'observer et se définir comme un processus continu. Une étape importante pour tendre vers les objectifs de pleine conscience et d'acceptation est d'aider le patient à reconnaître ses états émotionnels et ses pensées. Enfin, le troisième sens du soi est le soi comme contexte. Ce soi représente le « je » c'est-à-dire la position de l'individu, d'où il répond verbalement. Ce « soi » se définit par le point de

vue, la perspective de l'individu. Il est cohérent et présent à tout moment. Quand l'individu parle de lui, il utilise ce « soi ». Le contenu peut varier mais pas le contexte à partir duquel l'individu répond. Le client peut aisément se reconnecter à son sens du moi, par la localisation des souvenirs et des événements passés ainsi que des situations actuelles. Cette forme de soi peut mener à l'acceptation par la compréhension que le soi comme contexte est toujours présent et qu'un sens stable de soi reste bien que des contenus divers puissent aller et venir. La thérapie de l'ACT fait appel à diverses techniques afin de décomposer le langage et d'installer le soi comme contexte. Des exercices d'imagerie sont proposés ayant pour objectif de laisser les pensées circuler « comme des feuilles sur un cours d'eau », sans que l'individu les adopte, les rejette ou les croit. Une autre méthode est de répéter une dizaine ou centaine de fois et rapidement des pensées afin qu'elles soient entendues comme un son. Ou encore, d'attribuer aux expériences privées des formes, des tailles, des couleurs, etc. Ainsi, celles-ci perdent leur sens, ce qui permet au client de considérer les pensées pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire un son, une pensée. Dans le cas des survivants du traumatisme, cela peut être un processus difficile et puissant, car les survivants peuvent se sentir comme si leur identité personnelle a été prise (Hayes et al., 2006).

Les études centrant leur recherche sur l'auto-divulgence des événements traumatiques (processus consistant à discuter ouvertement du trauma sans tentatives de suppression) ont rapporté que le processus d'auto-divulgence est associé à des niveaux inférieurs de détresse psychologique et de sévérité des symptômes du SSPT (Bolton, Glenn, Orsillo, Roemer & Litz, 2003) et à une aptitude à s'occuper de soi (Lepore, Wortman, Silver, & Wayment, 1996). De plus, il est possible que l'auto-divulgence puisse éveiller les émotions associées à l'événement traumatique, ce qui permet, à travers l'exposition, une diminution éventuelle de l'émotion négative.

Le quatrième objectif de l'approche ACT est de lancer la lutte. L'objectif de l'ACT n'est pas la réduction des symptômes post-traumatiques. L'intention est de démontrer au client que c'est la lutte avec des pensées et des sentiments qui est destructrice dans leur vie, pas les pensées et les sentiments eux-mêmes (Orsillo & Batten, 2005). Le client doit faire l'expérience de ses pensées, ses souvenirs, ses sensations corporelles et ses sentiments sans tenter d'y échapper ou de les modifier. Il est amené à appliquer de nombreux « exercices de volonté » en séance, se composant essentiellement d'exercices d'imagerie et d'exercices expérientiels (Walser & Hayes, 2006). La

réticence de l'individu à rester en contact avec les émotions indésirables, (c'est-à-dire l'évitement expérientiel) est directement ciblée lorsque les patients commencent à adopter plus de perspectives sans jugement vis-à-vis des événements internes et externes (Hayes et al., 2006). La thérapie d'exposition a été identifiée comme un traitement efficace pour le SSPT. Cependant certains patients ne sont pas disposés à s'engager dans une telle approche. L'ACT intègre également le processus d'exposition mais avec un tout autre intérêt. Le processus consiste à ce que le client se confronte au souvenir traumatique non pas en détaillant celui-ci mais en acceptant d'être traversé par les pensées et les émotions qui y sont associées. Selon, Batten & Hayes, la répétition du récit du traumatisme à plusieurs reprises n'entraînerait pas une accoutumance ou une diminution des événements privés difficiles, cette justification met en lumière l'exposition comme une autre méthode visant à contrôler l'expérience (Batten & Hayes, 2005). Ce processus a pour objectif de réduire les réactions intenses aux rappels de l'expérience traumatique (Orsillo & Batten, 2005). Batten & Hayes (2005) suggèrent que dans de nombreux cas, le client en examinant sa colère (ou une autre émotion), constate que celle-ci dissimule un sentiment de blessure ou de «dérangement» d'une manière ou d'une autre. De plus, il n'est pas indispensable pour la réussite du traumatisme que le client aboutisse à une description de tous les aspects de son histoire, y compris l'événement traumatique (McLean & Follette, 2016).

L'acceptation dans l'ACT se rapproche de la notion de vivre au moment présent. Ainsi, l'acceptation ne signifie pas que l'on accepte ou approuve ce qui s'est passé, et cela n'entraîne pas le pardon des personnes ayant causé le traumatisme. Cette distinction dans le concept d'acceptation est essentielle dans le travail avec des survivants de traumatismes. L'idée est de ne pas laisser l'histoire définir sa vie actuelle. L'objectif premier est de pouvoir avancer dans la vie tout en acceptant qu'un événement traumatique ait eu lieu. En un sens, l'ACT est un moyen d'aider le client à voir que, malgré ses expériences, il ou elle peut avoir une vie pleine et significative (McLean & Follette, 2016).

Le cinquième but de l'ACT entreprend l'évaluation de l'action et du changement de comportement (Hayes et al., 2006). Le travail réalisé durant cette dernière phase de la thérapie, est de s'assurer que le client s'engage dans des actions en adéquation avec ses valeurs et ses objectifs choisis. Les valeurs sont l'ensemble des désirs qui guident notre manière d'interagir avec les autres, soi-même et le monde. Elles permettent de

donner du sens à la vie de chacun et influencent le choix des comportements adoptés. Elles guident la personne dans la poursuite d'un idéal de soi et dans le développement de ses forces et ses qualités. L'individu peut choisir d'agir selon ses valeurs ou de les négliger. La différence entre les valeurs et les objectifs, est que les valeurs sont appliquées dans l'« ici et maintenant » tandis que les objectifs concernent le futur. Un objectif est quelque chose sur lequel l'individu travaille. À l'instant où il l'atteint, ce n'est plus un objectif. Par exemple, « se marier » est un objectif, alors que vouloir être un « être aimant et attentionné » correspond à une valeur. Axer sa vie sur des objectifs amène à un sentiment de frustration car l'individu regarde perpétuellement vers le futur et à l'espoir illusoire que l'atteinte d'un objectif va lui procurer une satisfaction durable voire le bonheur. Alors qu'une vie centrée sur les valeurs apporte continuellement des objectifs, ce qui apporte un sentiment d'épanouissement du fait que nos valeurs sont constamment disponibles (Ducasse & Fond, 2015).

Le client, par les interventions et étapes précédentes, est capable de discriminer des solutions inopérantes pour un problème (c.-à-d. l'évitement et le contrôle des événements intérieurs) à des solutions envisageables (Walser & Hayes, 2006). « Mais surtout, la mise en lumière des valeurs permet d'augmenter l'influence des conséquences qui apparaîtront à long terme, et de minimiser celles qui apparaissent à court terme et qui sont souvent à l'origine des évitements » (Mirabel-Sarron & Philippot, 2015, p. 15). Prendre conscience et connaissance de ses valeurs est le moteur de la thérapie car moteur de l'engagement de l'individu. Wilson et ses collègues ont conçu, un questionnaire des valeurs qui est mis à la disposition du patient afin qu'il puisse évaluer quantitativement et qualitativement les domaines importants dans sa vie (Valued Living Questionnaire). Il se compose de deux sous-échelles, l'une pour l'évaluation quantitative du degré d'importance de chaque valeur et l'autre, pour évaluer l'adéquation entre les valeurs et les engagements réalisés (Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts, 2010). La métaphore de la boussole est couramment utilisée dans l'ACT pour illustrer cette distinction: les valeurs nous fournissent une direction comme celle d'une boussole, alors que les objectifs se réfèrent aux points sur la carte. Agir au service de nos valeurs inévitablement nous met en contact avec des expériences douloureuses et pénibles (Hayes et al., 2011). La volonté de vivre les événements privés redoutés est promue comme un moyen de se comporter en fonction des valeurs personnelles choisies (Carrascoso Lopez &

Valdivia Salas, 2009). Les valeurs du client ne sont pas correctes ou fausses, mais plutôt des choix de vie. Pour les survivants de traumatismes, la peur et l'évitement peuvent être un obstacle attendu à ce travail. Le thérapeute doit rappeler au client qu'il ne doit pas se débarrasser de la peur pour aller de l'avant (McLean & Follette, 2016).

Cependant, il y a trois domaines qui ont été relevés dans lesquels les thérapeutes font couramment des erreurs lors de l'application d'approches basées sur l'acceptation. Une première erreur, spécifiquement avec l'ACT, est de se retrouver dans le contenu de ce que le client raconte, ce qui impacte négativement le cours de la thérapie. Il est primordial de garder le focus sur le contexte. Pour cela, il est demandé au client de noter, fréquemment, le contenu et le processus de son expérience privée. Ce procédé permet au thérapeute (et au client) d'être conscient du processus en cours et d'établir un sentiment de distance et d'objectivité vis-à-vis du contenu en cause. La deuxième erreur se rapporte à une question primordiale, particulièrement dans le traitement d'une personne traumatisée, celle de « l'acceptation versus la non acceptation » de son histoire. Le thérapeute n'attend pas du patient qu'il accepte les événements qu'il a subis dans le sens d'approuver les faits. Mais bien d'intégrer ses aspects de son passé à son histoire sans tenter de supprimer les événements privés qui y sont associés. Le thérapeute n'hésitera pas à faire le rappel de cette distinction à diverses reprises. Il n'est pas demandé au client d'« aimer » son vécu traumatique mais plutôt de le prendre pour ce qu'il est, un souvenir ou une pensée. L'objectif étant de faire prendre conscience au client que son histoire peut l'informer au lieu de le « conduire ». Enfin, la troisième question nécessite une attention particulière avec les personnes ayant vécu un traumatisme. Celle-ci porte sur la responsabilité du client vue ici comme la « capacité à répondre », à prendre des décisions, et non à responsabiliser le client de l'évènement traumatique. Encore une fois, il est primordial que le thérapeute agisse avec compassion vis-à-vis des comportements de contrôle utilisés par le client, afin que celui-ci ne se sente pas fautif. L'ACT considère « vrai » et « faux » comme du contenu. Le thérapeute doit donc également être prêt à expérimenter son propre contenu affectif et psychologique (Walser & Hayes, 2006).

Pour conclure, nous ne pouvons pas supprimer nos expériences privées ou des éléments de notre histoire (Hayes & Mitchell, 1994). La réalité est que ces événements traumatiques qui ont eu lieu, qui font donc partie de l'histoire de certaines personnes, ont potentiellement un impact négatif dans le présent. Ce qui peut

renforcer le mal-être de certains, est notre capacité et notre tendance à construire des scénarios verbalement, et ainsi imaginer qu'en l'absence de quelques éléments de notre histoire, nous pourrions nous rapprocher de l'idéal imaginé (Hayes & Mitchell, 1994). Certains survivants de traumatismes se persuadent souvent qu'une attitude différente ou le changement de détails leurs permettraient aujourd'hui de ne pas souffrir de traumatisme. La solution est de construire une histoire positive à partir de l'instant présent, avec le bagage de toutes nos expériences passées. C'est une volonté d'avoir chaque aspect de soi, en acceptant les « bons » comme les moins bons. Dans ces conditions, le survivant de traumatisme peut commencer une vie qu'il appréciera, accompagnée de son histoire et non guidée par celle-ci (Walser & Hayes, 2006).

3.3. Efficacité de l'ACT pour le syndrome de stress post-traumatique

Compte tenu du rôle central de l'évitement expérientiel chez les personnes atteintes du SSPT, théoriquement, l'ACT semble être un traitement de choix (Walser & Hayes, 2006). Des études non contrôlées ont apporté un soutien préliminaire pour l'utilisation de l'ACT en tant que traitement pour le syndrome du stress post-traumatique pour l'adulte (Batten & Hayes, 2005; Orsillo & Batten, 2005; Twohig, 2009) et pour les jeunes adultes (Batten & Hayes, 2005). Les études de cas de l'ACT pour le SSPT ont documenté l'amélioration fonctionnelle associée au traitement dans les domaines de vie importants (Batten & Hayes, 2005), ainsi que des réductions spécifiques des symptômes du SSPT, de la dépression et de l'anxiété (Twohig, 2009). Il existe également des données récentes indiquant que l'ACT réduit la symptomatologie du syndrome du trouble traumatique chez les adolescents et les jeunes adultes (Woidneck, 2013). L'ACT peut être un traitement approprié pour le SSPT car il existe un nombre considérable de recherches montrant que le SSPT est associé à une mauvaise prise de conscience des émotions et à l'utilisation de l'évitement et des réponses psychologiquement inflexibles aux émotions difficiles (Twohig, 2009).

Il semble important de préciser que le modèle théorique sur lequel repose l'ACT, la Théorie des Cadres Relationnels, n'a été l'objet que d'un petit nombre d'études expérimentales (Dymond, Roche, Forsyth, Whelan & Rhoden, 2008). Cette théorie n'est donc pas validée empiriquement.

La majorité des comportements problématiques constatés dans l'état de stress post-traumatique est probablement le résultat de stratégies d'évitement nuisibles, alimentées par la fusion cognitive. Plusieurs études ont recensé les conséquences de la suppression active de l'expérience privée indésirable. Blackledge (2004) évoque un certain nombre de raisons pour lesquelles l'évitement expérientiel peut maintenir la symptomatologie du syndrome de stress post-traumatique. Tout d'abord, les stratégies d'évitement réduisent les possibilités de renforcement positif pour des comportements adéquats et plus fonctionnels. Ensuite, les comportements d'évitements peuvent faciliter et augmenter les probabilités d'être exposé à des expériences aversives (ex : abus de substances). De plus, l'évitement fait obstacle à l'apparition de nouveaux apprentissages, ce qui soutient une fusion continue avec des évaluations négatives de soi et de l'environnement, des règles comportementales problématiques et des souvenirs du traumatisme (Blackledge, 2004). Aussi, il y a une relation positive particulièrement forte entre les types spécifiques d'évitement expérientiel et la symptomatologie du SSPT. Ainsi, l'incapacité à pouvoir décrire les émotions (Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008), le recours à la suppression de la pensée (Mayou, Ehlers & Bryant, 2002) et l'évitement (Scarpa, Haden & Hurley, 2006) ont été évalués comme fortement prédictifs de la symptomatologie et de la gravité du SSPT chez les adultes (Woidneck, 2013). De plus, plusieurs données ont démontré une relation négative entre la conscience et la sévérité des symptômes du SSPT (Thompson & Waltz, 2010). Les données empiriques suggèrent que les qualités de conscience sont positivement associées à une meilleure santé psychologique et associées négativement à une détresse générale (Vujanovic et al., cité par Bomyea & Lang, 2012). Plus précisément, des recherches antérieures ont démontré une association négative entre l'acceptation sans jugement et la symptomatologie du SSPT dans un échantillon non-clinique exposé aux traumatismes (Vujanovic et al., cité par Donahue, Khan's, Huggins & Marrow, 2017). De plus, la recherche montre des corrélations négatives entre la vie valorisée et l'évitement expérientiel (Donahue et al., 2017). Dans une étude, la cohérence des valeurs (le degré auquel une personne s'engage dans des comportements qui lui permettent de communiquer avec ses valeurs) a été négativement corrélée à la détresse psychologique et aux difficultés environnementales (Wilson et al., 2010). Parmi les anciens combattants militaires recherchant un traitement, une cohérence accrue des valeurs a été associée à une probabilité réduite d'idées suicidaires après avoir contrôlé d'autres facteurs de risque

de suicide (Bahraini et al., cité par Donhaue et al., 2017). En ce qui concerne les indices de bien-être, la cohérence des valeurs a montré des relations positives avec la vitalité, la santé mentale et les domaines pertinents au fonctionnement global (Wilson et al., 2010). En outre, dans un échantillon communautaire d'étudiants et d'adultes plus âgés, l'engagement comportemental envers les valeurs à motivations intrinsèques était associé à une plus grande satisfaction à l'égard de la vie et des effets positifs (Ferssizidis, Adams, Kashdan, Plummer, Mishra & Ciarrochi, 2010).

Les symptômes psychologiques entraînent une déficience fonctionnelle lorsqu'une personne s'engage dans des efforts pour minimiser ou échapper à ces expériences plutôt que de s'engager dans des domaines de vie appréciés (Hayes et al., 2006). Le lien entre la symptomatologie du SSPT et l'incapacité fonctionnelle est bien établi dans plusieurs domaines, y compris le fonctionnement social et familial, le fonctionnement professionnel et le fonctionnement physique. Ce constat suggère l'intérêt d'identifier un modérateur potentiel qui influe sur l'association entre la gravité des symptômes et la déficience. Une hypothèse soutient que le lien entre les symptômes et la déficience varierait en fonction de l'engagement dans les valeurs de chacun. Il existe un nombre limité d'études exposant le lien entre la sévérité des symptômes du stress post-traumatique et la vie appréciée, toutefois, la recherche persiste à appuyer cette association. La théorie sous-jacente de l'ACT suggère que la vie appréciée peut augmenter même si les symptômes persistent. Donahue et ses collègues ont montré que parmi les participants exposés aux traumatismes, la vie appréciée était associée négativement au trouble de stress post-traumatique et à la symptomatologie dépressive, ainsi qu'à une déficience fonctionnelle. Plus précisément, le lien entre la gravité des symptômes et la déficience s'est affaibli à mesure que les valeurs de vie augmentaient. Toutefois, il faut faire preuve de prudence dans la généralisation et l'interprétation des résultats pour la population plus symptomatique car il s'agit d'un échantillon non clinique. Donahue et ses collègues suggèrent la nécessité de réaliser des recherches futures examinant l'interaction entre la vie appréciée et l'acceptation expérientielle dans la prédiction de l'altération fonctionnelle chez les personnes atteintes de symptomatologie du trouble de stress post-traumatique (Donahue et al., 2017).

Les résultats sont compatibles avec les études documentant l'efficacité préliminaire d'ACT dans le traitement du SSPT (Batten & Hayes, 2005; Orsillo & Batten, 2005).

Orsillo & Batten (2005) ont suggéré qu'une diminution de la déficience chez les personnes traumatisées devrait être réalisée dans les conditions où les individus répondent aux rappels de souvenirs traumatiques avec ouverture et acceptation, prise de conscience tout en adoptant des actions engagées axées sur les valeurs. Ainsi, les principes théoriques de l'ACT pour le SSPT, par opposition aux objectifs de traitement fondés sur la réduction des symptômes, vont dans le sens d'une vie valorisée comme objectif principal. De manière générale, les preuves théoriques et empiriques tendent à soutenir l'idée selon laquelle la vie appréciée est un processus comportemental important dans la compréhension de la psychopathologie et du bien-être (Donahue et al., 2017).

Aussi, plusieurs études ont révélé que l'inflexibilité psychologique joue le rôle de modérateur dans la relation entre les traumatismes interpersonnels et les symptômes post-traumatiques et prédit la gravité du fonctionnement psychologique post-traumatique (Fiorillo, McLean, Pistorello, Hayes & Follette, 2017). L'ACT a déjà montré son impact sur l'inflexibilité psychologique. Elle utilise les méthodes d'acceptation et d'attention et les méthodes d'engagement et de changement de comportement, afin d'améliorer la flexibilité psychologique (Ruiz, 2010).

L'inflexibilité psychologique est également un facteur de risque pour la dépression, les troubles liés à la consommation de substances, l'anxiété et le trouble panique (Hayes et al, 2006). Dutra & Sadeh (2017) ont tenté de déterminer si la flexibilité psychologique pouvait atténuer le risque d'engagement dans l'externalisation des comportements suite à un trouble de stress post-traumatique. Les résultats d'études antérieures suggéraient que les symptômes du SSPT pouvaient amener, de manière indirecte, l'individu à adopter un comportement d'externalisation ou à agir de façon imprudente dans le contexte de la détresse. L'étude a révélé que la détresse était moins fortement associée à un comportement agressif à des niveaux élevés de flexibilité psychologique. Toutefois, l'étude doit être interprétée dans le cadre de plusieurs limites et ne peut donc pas être généralisée (Dutra & Sadeh, 2017). En effet, Bordieri, Tull, McDermott & Gratz (2014), ont observé chez les personnes ayant des niveaux moyens ou inférieurs de flexibilité psychologique, que les symptômes plus sévères du SSPT étaient associés à un plus grand risque d'abus de cannabis. L'utilisation de substances peut être conceptualisée comme un comportement visant également à contrôler ou à éliminer les expériences indésirables (Walser & Hayes,

2006). Ainsi, la flexibilité psychologique est une compétence thérapeutique potentiellement importante pour réduire les comportements d'externalisation chez les personnes exposées aux traumatismes. Si tel est le cas, cela offrirait une nouvelle opportunité d'intervention thérapeutique pour prévenir les comportements externalisés et interrompre l'aggravation des symptômes au fil du temps. Afin d'aider les personnes victimes d'un traumatisme, il serait important de mieux comprendre les facteurs qui les motivent à s'engager dans des comportements risqués et d'identifier les compétences enseignables pouvant réduire la susceptibilité des individus à ces comportements (Dutra & Sadeh, 2017).

Les approches telles que la TCC, l'EMDR et l'exposition prolongée, axent leur travail sur des symptômes spécifiques du traumatisme, ils se dirigent moins vers des réseaux plus larges de problèmes, tels que les réactions émotionnelles, y compris la culpabilité, la honte, la colère, la tristesse, le danger ou les préoccupations existentielles (Jansen & Morris, 2017). Par exemple, l'objet de l'exposition, jusqu'à présent, a principalement porté sur une réponse à la peur. Cependant, de nombreuses personnes traumatisées luttent avec une variété de réponses émotionnelles. L'efficacité spécifique de ces approches dans la réduction de la détresse associée à la multitude de formes de réponse émotionnelle est inconnue (Orsillo & Batten, 2005). De plus l'ACT semble, contrairement aux autres traitements, prendre en compte les conditions comorbides qui accompagnent fréquemment le SSPT. Un grand nombre des comportements problématiques observés suite à une exposition aux traumatismes (par exemple, l'abus de substances, la rumination, la distraction, dissociation, suppression de la pensée et autodégradation) impliquent l'évitement de l'expérience (Batten & Hayes, 2005). Pour conclure, l'efficacité de l'ACT dans l'amélioration des conditions traumatologiques n'a pas encore été étudiée dans un essai de traitement bien contrôlé publié, les données actuelles ne peuvent pas parler de l'efficacité de l'ACT comme traitement du SSPT (Dutra & Sadeh, 2017). Néanmoins, des études de cas vont dans ce sens et démontrent l'utilité de cette approche pour permettre de dépasser les facteurs de résistance aux traitements préconisés habituellement pour le syndrome de stress post-traumatique (Fiorillo et al., 2017). Bien que les mécanismes de changements de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) traitent efficacement le SSPT, les taux de non-réponse et les taux d'abandon restent relativement élevés (Bomyea & Lang, 2012).

IV. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

La méthode de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), dont la traduction en français est la désensibilisation et la reprogrammation par des mouvements oculaires, est une technique psychothérapeutique qui, selon le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) réalisé en 2004, peut être efficace dans la guérison des états de stress post traumatique (ESPT). Elle repose sur l'idée centrale «selon laquelle l'engrammation physiologique d'expériences passées est la clé de la compréhension des comportements, de la personnalité et des processus psychologiques». (Masson, 2005, p. 117). Shapiro entrevoit sa technique comme une thérapie à la fois intrapsychique, cognitive, relationnelle, corporelle et comportementale. Le traitement de l'EMDR permet une atténuation de la détresse affective associée aux souvenirs traumatiques, une reformulation des croyances négatives et une réduction de l'excitation physiologique. Le traitement EMDR applique un protocole à trois volets: le premier se réfère au traitement des événements passés qui sont à l'origine du dysfonctionnement, en forgeant de nouveaux liens associatifs avec des informations adaptées; le second cible la désensibilisation des circonstances actuelles qui suscitent la détresse ainsi que les déclencheurs internes et externes; Enfin le troisième volet aide le client à acquérir les compétences nécessaires au fonctionnement adaptatif en intégrant des modèles imaginaires d'événements futurs. Tout au long de la thérapie EMDR, divisée en plusieurs séquences, le client aborde le matériel perturbant émotionnellement tout en focalisant son attention simultanément sur un stimulus externe. Les mouvements oculaires alternatifs (les plus courants), guidés par les thérapeutes, représentent les stimuli externes. Toutefois, il existe une variété d'autres stimuli, comme les tapotements et la stimulation audio. Les stimulations bilatérales (gauche, droite) ont pour effet de synchroniser l'activité des deux hémisphères cérébraux, les aires sensorielles et cognitives, ce qui va permettre de reconnecter les émotions primaires du traumatisme (le souvenir « photographique ») avec la sagesse de la pensée et du langage. Ce mouvement bilatéral a pour effet de débloquer l'information traumatique et ainsi, de réactiver le système naturel de guérison du cerveau afin qu'il puisse terminer le travail. Selon Shapiro, les souvenirs stockés d'une façon dysfonctionnelle forment la base de la pathologie. Elle émet l'hypothèse selon laquelle le traitement

EMDR facilite l'accès au réseau de mémoire traumatique, afin que le traitement de l'information soit amélioré, et que de nouvelles associations puissent s'établir entre la mémoire traumatique et des souvenirs ou des informations plus adaptables. La création de ces nouvelles associations est supposée aboutir à un traitement complet de l'information, à un nouvel apprentissage, à la suppression de la détresse émotionnelle et au développement d'idées cognitives. L'EMDR tente également d'identifier et d'évaluer les croyances liées au traumatisme et de transformer la perception de l'événement. (Shapiro, 2001).

L'EMDR s'inscrit dans un modèle théorique plus large, appelé Traitement Adaptatif de l'Information (TAI). Ce terme renvoie à une capacité innée du cerveau de traiter des expériences de vie et d'arriver à une solution adaptative (Shapiro, 2001).

L'expérience clinique a permis de comprendre que les réactions dysfonctionnelles d'un individu peuvent s'expliquer par une interaction entre la situation vécue dans le présent et un trouble mnésique lié à une interprétation singulière de la réalité. Ces réponses non adaptées trouvent leur source dans les réponses automatiques, physiologiquement encodées, obtenues lors d'évènements passés. Lors d'un évènement traumatisant, le système de traitement de l'information ne parvient pas à fonctionner adéquatement. «Images, sons, émotions, sensations physiques et interprétations restent associés les uns aux autres sous la forme d'un «réseau mnésique» (modèle d'association entre les différents systèmes mnésiques) et également d'un «réseau neuronique» (configuration neurobiologique à la base de ces mémoires).» (Masson, 2005, p. 118). Le système limbique, en particulier les amygdales, contribue à l'association des empreintes laissées par les évènements passés aux nouvelles impressions saisies (processus actif et constructif). Dans ce système, la voie par laquelle l'individu analyse et donne du sens à une situation, et de ce fait, interagit avec le monde, est l'émotion. « L'émotion se manifeste à un niveau subjectif, cognitif, physiologique et comportemental ». (Masson, 2005, p. 118). Les expériences qui se passent dans le présent jouent le rôle de déclencheurs en sélectionnant et réunissant des fragments du passé qui, une fois intégrés, facilitent la reconnaissance et le traitement de ce qui se déroule dans le présent pour permettre une meilleure adaptation. Néanmoins, dans le cadre des états de stress post-traumatique, les souvenirs ne sont ni élaborés ni intégrés correctement, ce qui a pour conséquence leur venue inopinée à la conscience lors de confrontation au réel par le sujet. La

capacité du sujet à comprendre la source de ses réactions somatiques et émotionnelles ne lui permet pas nécessairement de pouvoir résoudre ses problèmes psychiques. Ce qui peut se traduire par une grande difficulté à verbaliser son vécu traumatique et la nécessité d'une prise en charge neuro-émotionnelle (Masson, 2005).

Le principe central de la méthode étant de retraiter l'information liée à l'expérience traumatisante en pratiquant une stimulation attentionnelle bilatérale, le plus fréquemment, sous la forme de mouvements oculaires. Le thérapeute demande au patient de fixer son attention sur une cible, celle-ci s'appuie sur une image (souvenir traumatique), une sensation, une émotion et des distorsions cognitives qui renvoient à une perception inexacte que l'individu a de lui. Le rôle du clinicien, en collaboration avec le patient, est d'identifier la source des difficultés psychiques qui sera la cible à traiter. Celle-ci peut être l'évènement passé responsable du trouble, la situation présente qui le déclenche ou les ressources psychiques dont le patient a besoin pour s'adapter aux évènements futurs (Masson, 2005).

4.1. Protocole de l'EMDR

Le protocole élaboré par Shapiro s'étend sur huit phases. L'accent est mis sur l'amélioration et le développement de ressources personnelles, telles que la sécurité, la gestion des affects et la maîtrise de soi, avant de travailler sur les souvenirs traumatisants. De même, le comportement évitant exposé par certains clients ayant des troubles anxieux doit être abordé avant que de sérieuses tentatives de traitement des souvenirs traumatiques puissent commencer (Shapiro & Maxfield, 2002). La première phase se réfère à l'histoire du patient et à la planification du traitement. Cette étape consiste à identifier les contextes facilitant le déclenchement ou l'intensité des symptômes. De plus, le clinicien demande au patient d'énumérer les dix souvenirs les plus troublants de sa vie, ce qui favorise l'identification des modèles pathologiques. Il est recommandé, avant de démarrer la thérapie, d'évaluer la personnalité du sujet afin de s'assurer qu'elle soit stable étant donné que les sessions peuvent amener des idées suicidaires. Une étape importante constituera donc de procéder à une stabilisation émotionnelle et à un renforcement de l'égo à travers l'activation des ressources. Aussi, pouvoir bénéficier d'un environnement stable (par exemple, le soutien de l'entourage) est favorable au traitement. Le patient sera amené à consulter un

spécialiste en cas de troubles cardiaques ou respiratoires sévères afin de s'assurer qu'une abréaction émotionnelle importante ne peut mettre sa santé en danger. Enfin, le clinicien se devra d'être prudent si la personne a des antécédents épileptiques (Masson, 2005).

La deuxième phase, est celle de la préparation durant laquelle le thérapeute établira une relation de confiance et informera le patient, de manière schématisée, des processus psychopathologiques qu'il vit. Le clinicien procèdera ensuite à un test des mouvements oculaires pour effectuer une première désensibilisation : vitesse et distance entre les doigts et les yeux. Le sujet indiquera au clinicien la direction qui lui semble la plus évidente à suivre. Afin d'apporter du confort au patient, un signal sera convenu pour stopper la manipulation de l'exercice dans le cas où ce dernier souffre. Aussi, des espaces dits de « sécurité » seront imaginés par le patient pour qu'il puisse s'y réfugier afin de diminuer l'intensité émotionnelle d'abréactions qu'il considère comme trop violentes (Masson, 2005).

La troisième phase, l'évaluation, va permettre de définir les cibles à traiter (souvenir traumatique, événement déclenchant dans le présent). À l'aide du clinicien, la personne va verbaliser son ressenti et formuler une croyance négative (pensée irrationnelle) associée au souvenir traumatique. La formulation des croyances négatives permet à l'individu de prendre conscience des distorsions cognitives dont il fait l'objet (mauvaise interprétation). Par la suite, il sera demandé au patient d'émettre une croyance positive, objectif de la session. Cette croyance va être source de motivation et ira contredire le patient en implantant de nouvelles informations. Après avoir établi la cognition positive, afin d'accroître les chances d'accéder au souvenir traumatique, l'image et la croyance négative vont être explicitement associées (Masson, 2005). Le patient va mesurer son ressenti émotionnel subjectivement en allant de 0 à 10 (Echelle SUD, Subjective Units of Discomfort), et localiser la sensation physique associée à cette émotion. Cet accent peut lui permettre d'identifier et d'étiqueter les symptômes sensoriels purs (par exemple, l'étanchéité dans la gorge) et de les séparer des interprétations cognitives (par exemple, je suis impuissant) (Shapiro & Maxfield, 2002). Cette méthode prend en considération les sensations physiques liées à la mémoire traumatique et considère que la résolution du traumatisme nécessite la suppression de ces sensations déplaisantes (Masson, 2005).

La désensibilisation est la quatrième phase, elle consiste à amener le sujet à maintenir, simultanément, son attention sur l'image identifiée, la croyance négative explicitée et les sensations physiques localisées. Dès lors, par la stimulation rythmique bilatérale (mouvements oculaires), le patient accède au souvenir traumatique. Au cours de cette étape, l'émergence spontanée de prises de conscience et de souvenirs associés s'observent chez le patient. La thérapie suppose que tout ce qui émerge, qu'il s'agisse d'un événement réel ou non, est significatif et utile. Par conséquent, sans aucun jugement de la part du clinicien, le retraitement est simplement continué. L'EMDR utilise un principe d'association libre qui permet au client de remarquer tout ce qui vient à l'esprit. Cela semble permettre l'apparition d'informations plus pertinentes pour un processus de guérison interne (Rogers & Silver, 2002). Cette procédure peut activer et exploiter des réseaux de mémoire tenant différents aspects de l'expérience négative, ce qui peut aider le client à reconnecter des éléments disparates de l'expérience, en aidant le client à comprendre l'expérience et à faciliter le stockage dans la mémoire narrative. Ce mécanisme d'action pourrait être considéré comme conscient. L'instruction étant de laisser passer les pensées en les observant sans jugement. La recherche a montré que l'adaptation d'un ensemble cognitif dans lequel les pensées et les sentiments négatifs sont considérés comme des événements mentaux passants, plutôt que des aspects de soi, a un effet thérapeutique bénéfique. La maîtrise perçue peut être un autre élément procédural important contribuant aux résultats EMDR. Par conséquent, pendant l'EMDR, les patients peuvent expérimenter une augmentation du sentiment de maîtrise en permettant d'aller et venir entre l'expérience de l'événement, de constater ce qui se passe et de faire rapport à ce sujet (Oren & Solomon, 2012). Nijdam et ses collègues rapportent que la partie de la restructuration cognitive, dans laquelle les patients réfléchissent sur leur histoire de traumatisme et leur signification pour leur vie, s'est révélée importante pour la récupération du SSPT. Peut-être, ajouter cette phase à l'EMDR, comme cela se produit parfois dans la pratique clinique, pourrait également entraîner une réduction supplémentaire des symptômes (Nijdam, Gersons, Reitsma, De Jongh & Olff, 2012). À la suite d'un traitement, les clients affichent généralement un niveau de perspicacité accrue, un ajustement du schéma personnel et une capacité à donner un récit détaillé de l'événement. Étant donné que les tendances de l'EMDR se déplacent spontanément vers des expériences antérieures, les protocoles standards permettent aux cliniciens de fonctionner d'abord avec les événements les plus tôt retenus qui contiennent les

mêmes affections et/ou conditions (Shapiro & Maxfield, 2002). Il y a également un renforcement du sentiment d'efficacité et une diminution de l'intensité des expériences sensorielles. Directement après la stimulation (mobilisation de l'attention sur le stimulus rythmique et sur l'objectif), le clinicien propose au patient de laisser surgir de nouvelles idées et de respirer profondément afin d'établir une coupure avec les perturbations générées. Il incitera le sujet à verbaliser son ressenti et ses émotions. Le thérapeute et le patient procéderont par désensibilisation puis verbalisation jusqu'à la disparition de l'affect douloureux et de la sensation corporelle (échelle SUD égale à 0 ou 1). D'autres thérapeutes ont remarqué que l'obtention des mêmes résultats était possible en demandant aux patients de taper les mains sur leurs genoux, ce qui laisse supposer que l'efficacité de la technique se situe au niveau du processus attentionnel (Masson, 2005).

La phase d'installation (cinquième étape) consiste à intégrer et consolider, par des mouvements oculaires, les cognitions positives mises en place durant la désensibilisation dans le but de les substituer aux distorsions cognitives. Souvent, l'auto-acceptation et les nouvelles perceptions positives et réalistes caractérisent ces idées. Le patient calcule la réalité de cette cognition positive lorsqu'elle est associée à l'image de la mémoire, en utilisant la validité de l'échelle de cognition, où 1 est «complètement faux», et 7 est «tout à fait vrai». L'accent est mis sur l'incorporation et l'augmentation de la force de la cognition positive jusqu'à ce que le client affirme une forte confiance en la croyance (par exemple, COV de 6 ou 7) (Shapiro & Maxfield, 2002). La phase d'évaluation de l'EMDR diffère des méthodes de restructuration cognitive en ce sens qu'il n'y a pas de tentatives spécifiques de changement ou de recadrage du relief actuellement retenu par le client. Il est supposé que la croyance se déplace spontanément lors d'un traitement ultérieur. Toutefois, du point de vue de l'AIP, forger une association préliminaire entre la cognition négative et une information plus adaptative qui contredit l'expérience négative peut faciliter le traitement ultérieur en activant les réseaux adaptatifs pertinents (Oren & Solomon, 2012).

La sixième phase établit un inventaire des sensations corporelles afin de s'assurer que les sensations dysphoriques ont définitivement disparu. Le modèle AIP pose que les informations stockées dysfonctionnellement sont expérimentées physiologiquement; Par conséquent, le traitement EMDR n'est pas considéré comme complet tant que le

client puisse penser à la mémoire perturbatrice sans ressentir une tension corporelle significative (Shapiro & Maxfield, 2002).

Ensuite, la septième étape, appelée la « fermeture », a pour objectif de vérifier l'état émotionnel du patient et également de lui permettre de verbaliser tout ce qui a pu émaner de la séance. Une séance d'hypnose peut être suggérée au sujet pour lui permettre d'ancrer le bien-être ressenti. Tous les clients sont informés que le traitement peut se poursuivre après la session et il leur est demandé de conserver un journal pour enregistrer tout matériel connexe qui se présente comme des rêves, des intrusions, des idées, des souvenirs et des émotions. Cette pratique améliore la stabilisation en étendant les effets du traitement aux facteurs de stress de la vie réelle et en favorisant un sentiment d'auto-maîtrise et d'observation (Shapiro & Maxfield, 2002). Si cela semble utile, le clinicien utilisera des techniques de relaxation pour aider le client à se stabiliser avant de quitter la session (Oren & Solomon, 2012).

Pour terminer, il est essentiel de procéder à une « réévaluation » (huitième phase) de la cible traitée lors de la dernière séance, en vue de retraiter la cible si la désensibilisation n'a pas été optimale. Dans l'évaluation de la prise en charge, une attention particulière est également portée à l'émergence des affects positifs (estime de soi, amour de soi, etc.) (Masson, 2005).

La méthode EMDR apparaît comme étant particulièrement adaptée et efficace pour le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT). Trois études contrôlées évaluant les effets du traitement EMDR avec des adultes civils souffrant d'un traumatisme à un seul événement, ont établi qu'une durée d'environ 5 heures de traitement entraîne une rémission de 84 à 100% du SSPT. Les phases 1 à 8 de l'EMDR sont couramment proposées en 1-3 séances de 60 minutes pour un traumatisme à un seul incident, qui ne comprend qu'une phase de préparation très brève directement après la prise de l'histoire (Shapiro, Wesselman & Mevissen, 2017).

4.2. Efficacité de l'EMDR

De nombreuses études et rapports de cas indiquent l'efficacité de l'EMDR avec un large éventail de troubles, y compris les phobies, le trouble de panique, le trouble d'anxiété généralisé, les problèmes de conduite et estime de soi, le deuil compliqué, le

trouble dysmorphique corporel, le syndrome de référence olfactive, le dysfonctionnement sexuel, la pédophilie, l'anxiété de la performance, la douleur chronique, les migraines et douleur au membre fantôme (Oren & Solomon, 2012).

4.3. Théories explicatives de l'EMDR

Pour l'EMDR comme pour une série d'autres thérapies, les mécanismes précis de changements sont inconnus. Les études comparant l'EMDR à la thérapie comportementale cognitive axée sur les traumatismes ainsi qu'aux modèles de traitement basés sur l'exposition argumentent leurs différences de manière diverse et variée. Ces modèles ont été conçus sous les théories du traitement de l'information et se focalisent sur l'évènement pénible et les souvenirs qui y sont associés ainsi que sur les significations que l'individu attribue à l'évènement traumatisant et leurs conséquences (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards & Turner, 2007). De plus, les modèles s'appuient sur les théories des structures de la peur en activant le réseau de la mémoire de la peur afin d'associer aux informations correspondant aux éléments de la structure de la peur des informations correctives incompatibles avec ces éléments (Solomon & Shapiro, 2008). Cependant, des éléments permettent de faire une distinction entre l'EMDR et les modèles traditionnels d'exposition (McGuire, Lee & Drummond, 2014). Le modèle d'exposition amène l'individu à revivre de manière répétée l'expérience traumatique, à travers une exposition imaginaire, aussi vivement que possible sans y inclure des associations (Rogers & Silver, 2002). Ce modèle repose sur le postulat selon lequel l'anxiété est le résultat de la peur conditionnée et renforcée par l'évitement (Arabia, Manca & Solomon, 2011). Tandis que l'EMDR guide l'individu, de manière non directive, à travers une série d'associations qui paraissent être liées à des états sensoriels, émotionnels et cognitifs (Shapiro, 2001).

L'EMDR s'est développé sous la théorie du traitement de l'information adaptative (Shapiro, 2001). Le modèle de traitement de l'information adaptative (AIP), qui guide la pratique clinique de l'EMDR, propose qu'il y ait au sein de chacun de nous un système de traitement de l'information physiologique dans lequel les nouvelles informations sont généralement traitées dans un état adaptatif. Dans des circonstances normales, le système de traitement de l'information établit les connexions physiologiques appropriées dans le contexte plus large des mémoires stockées. Ce qui

est utile est tiré de l'événement et utilisé pour guider les comportements futurs. Ce qui n'est pas utile est rejeté (Shapiro et al., 2017). Le traitement adaptatif se produit lorsque les associations sont forgées avec du matériel précédemment stocké, ce qui entraîne l'apprentissage, le soulagement de la détresse émotionnelle et la disponibilité du matériel pour une utilisation ultérieure. L'EMDR suggère que les souvenirs pénibles restent sans traitement, ils deviennent la base des réactions dysfonctionnelles actuelles (Shapiro & Maxfield, 2002). Ces mémoires insuffisamment traitées peuvent être facilement activées par des stimuli internes et externes et se manifestent sous la forme de symptômes cliniques qui peuvent inclure des émotions, des croyances et des comportements perturbateurs. Les événements traumatiques non traités peuvent entraîner des flash-back, des cauchemars et des pensées intrusives qui caractérisent le syndrome de stress post-traumatique. Le traitement de la mémoire transforme l'événement perturbant en une expérience d'apprentissage et une source de résilience. Cette expérience d'apprentissage accélérée comprend le remplacement des effets négatifs et cognitifs par des effets positifs, ce qui, à son tour, fournit une base de résilience psychologique. Contrairement aux modèles comportementaux de la psychopathologie, le modèle AIP ne considère pas les auto-caractérisations telles que «Je ne mérite pas d'être aimé» comme des causes de dysfonction émotionnelle, mais plutôt des symptômes. Plus précisément, ils sont considérés comme des preuves d'expériences de vie antérieures non traitées et de leurs accompagnements émotionnels / perceptifs (Shapiro et al., 2017). Une fois le traitement réalisé le client peut voir l'événement perturbant et lui-même d'un nouveau point de vue adaptatif. Ainsi, l'événement cesse d'avoir un impact négatif sur la perception de soi du client et sur son expérience émotionnelle et somatique (Boterhoven de Haan, Lee, Fassbinder, Meewisse, Van Es, Menninga, Kousemaker & Arntz, 2017). Dans le cadre de la thérapie EMDR, les mécanismes d'action proposés comprennent l'assimilation d'informations adaptées trouvées dans d'autres réseaux de mémoire qui se lient au réseau qui détient l'événement perturbateur précédemment isolé. L'efficacité d'adaptation du client peut être améliorée avec sa capacité à gérer le stress, l'anxiété et la dépression dans des situations menaçantes. D'un point de vue AIP, cette expérience de maîtrise et d'efficacité devient codée dans le cerveau en tant qu'information adaptative disponible pour se lier dans des réseaux de mémoire contenant des informations stockées dysfonctionnellement (Oren & Solomon, 2012).

Le thérapeute, durant les sessions EMDR, encourage la distanciation avec l'image conçue par les fragments de la mémoire traumatique (Rogers & Silver, 2002). L'hypothèse est que, dans la mesure où l'image devient moins saillante, les clients sont mieux en mesure d'accéder à des informations plus adaptées et d'y accéder, en forgeant de nouvelles connexions au sein du réseau de mémoire (Shapiro, 2001). En plus de cibler et de résoudre des souvenirs traumatiques, EMDR est utilisé pour résoudre les situations actuelles qui évoquent des perturbations émotionnelles en traitant les déclencheurs de sorte qu'ils n'activent plus les réactions symptomatiques. Il est également utilisé pour aider le client à développer les compétences et les comportements spécifiques nécessaires à une vie fonctionnelle saine (Shapiro & Maxfield, 2002). Le thérapeute analyse simultanément les croyances, les émotions, les cognitions et les sensations physiques éprouvées par le patient (Rogers & Silver, 2002).

L'EMDR a fait l'objet d'une controverse concernant l'aspect central de cette thérapie, le mouvement oculaire. Celui-ci est jugé non indispensable pour un traitement probant par certains chercheurs où d'autres stimulations bilatérales produisent des résultats semblables (van den Hout, Engelhard, Rijkeboer, Koekebakker, Hornsveld, Leer, Toffolo & Akse, 2011). Les résultats contradictoires ont été exposés dans une revue de la littérature des études sur l'EMDR dans le traitement du SSPT concernant la nécessité de l'utilisation de mouvements oculaires pour parvenir à des améliorations cliniques. Selon certaines études, la stimulation bilatérale des yeux permet d'augmenter la possibilité d'accéder aux souvenirs épisodiques ou rendre les souvenirs traumatisants moins déplaisants (Jeffries & Davis, 2013). Même s'il n'y a pas encore de modèle validé empiriquement ayant été exposé pour le mécanisme par lequel l'EMDR est efficace (Perkins & Rouanzoin, 2002), plusieurs hypothèses ont été proposées (Lee, Taylor, & Drummond, 2006; Leer, Engelhard & Van Den Hout, 2014).

À travers une méta-analyse, Lee & Cuijpers (2013) ont voulu vérifier l'efficacité des mouvements oculaires lors du traitement des souvenirs émotionnels. Leurs résultats ont penché positivement pour l'intégration des mouvements oculaires dans le traitement, ceux-ci engendrant des déclinés d'émotions négatives (Lee & Cuijpers, 2013). L'importance accordée aux mouvements oculaires est expliquée par la distanciation et la diminution de la vivacité et de l'émotivité de la mémoire (Smeets,

Dijs, Pervan, Engelhard & Van den Hout, 2012). De plus, si l'on se réfère à l'explication théorique selon laquelle les symptômes du SSPT découlent d'une incapacité à traiter des souvenirs épisodiques, il a été proposé que les mouvements oculaires permettent la connexion entre les deux hémisphères (Christman, Garvey, Propper & Phaneuf, 2003). Ils suggèrent également que l'EMDR peut diminuer les niveaux de détresse associés à la mémoire, car des recherches antérieures ont démontré que l'interaction hémisphérique augmentée est associée à une diminution du stress. Ainsi, la recherche révèle que contrairement à la mémoire sémantique qui s'effectue uniquement dans l'hémisphère gauche du cerveau, le traitement de la mémoire épisodique est bilatéral. L'avantage des mouvements horizontaux des yeux, est qu'ils permettent aux deux hémisphères de s'activer et de communiquer entre eux, ce qui facilite le rappel de tous les aspects de l'évènement traumatique (Christman et al., 2003). Des recherches récentes de Samara et al. (2011) n'ont révélé aucune augmentation de la cohérence des EEG interhémisphériques, ce qui suggère que davantage de recherches sont nécessaires pour confirmer en premier lieu si les mouvements oculaires augmentent l'interaction interhémisphérique et, dans l'affirmative, exactement comment ils le font (cité par Jeffries & Davis, 2013). D'autres modèles théoriques se basent sur des modèles de réponse rapide et de déplacement orienté (REM). La recherche sur le cerveau a permis de montrer des similitudes entre les zones cérébrales activées dans la phase du sommeil paradoxal (phase REM : Rapid Eye Movement) et les régions cérébrales spécifiques qui s'exécutent par la « restimulation » des souvenirs traumatisants. Les expériences que l'individu vit tout au long de la journée sont stockées dans sa mémoire temporaire pour être traitées pendant le sommeil et ainsi être déposées dans la mémoire à long terme. Ce traitement d'informations va créer des associations entre la nouvelle information et le réseau mnésique ancien. Les souvenirs traumatiques sont stockés dans la mémoire de manière fragmentée et ne sont pas assimilés comme formant un souvenir dans l'histoire de l'individu. La recherche suggère que les mouvements oculaires bilatéraux effectués de manière répétées, stimulent et activent une partie du cerveau en l'entraînant dans un état de sommeil paradoxal, ce qui améliore l'intégration de la mémoire et une réduction des symptômes du SSPT. Ce constat est appuyé par la recherche qui indique que l'intégration des souvenirs épisodiques aux souvenirs sémantiques a lieu durant le sommeil (Stickgold, 2002). De plus, la recherche a révélé que les mouvements oculaires permettaient une flexibilité

attentionnelle accrue et une reconnaissance accrue de l'information réelle (Oren & Solomon, 2012).

Une autre hypothèse suggère que les mouvements oculaires activent un « réflexe d'investigation ». Ce réflexe qui correspond tout d'abord à une réponse d'alerte, en l'absence de menace réelle, va permettre, sous haute vigilance, l'élaboration de comportements exploratoires où les processus cognitifs sont plus efficaces et plus flexibles, facilitant l'intégration de la mémoire traumatique. Schubert et al. ont constaté que l'EMDR avec les mouvements des yeux n'était pas seulement associé à la réduction de la détresse sur les mémoires négatives mais aussi à des diminutions significatives de la fréquence cardiaque. Cette réponse de relaxation (qui est incompatible avec l'anxiété) est associée à la mémoire traumatique ce qui réduit l'évitement et permet de traiter suffisamment la mémoire (Schubert, Lee & Drummond, 2011). Enfin, selon (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007), les mouvements oculaires permettraient de mettre le patient dans des conditions de relaxation, améliorant le retraitement des mémoires en réduisant la détresse.

Une autre hypothèse, concernant les processus mis en place durant la thérapie EMDR, se base sur le modèle du fonctionnement de la mémoire de travail. Les mouvements oculaires participeraient à une double tâche d'attention (Jeffries & Davis, 2013). Suivant le modèle de la mémoire de travail développé par Baddley (cité par McGuire et al., 2014), celle-ci a une capacité limitée et ne pourrait gérer une attention double, ce qui engendrerait une détérioration de la qualité de l'image traumatique, provoquant ainsi sa suppression de la mémoire de travail et permettant son intégration dans la mémoire sémantique à long terme qui conduit elle-même, à la réduction de l'émotivité (van den Hout et al., 2011). De plus, la double tâche consistant à garder l'émotion à l'esprit tout en se focalisant sur les mouvements oculaires bilatéraux peut troubler le stockage des souvenirs traumatiques, en réduisant la qualité de la mémoire épisodique, entraînant de ce fait la diminution des symptômes du SSPT (Smeets et al., 2012). Une étude menée par Gunter & Bodner (2008) propose que les mouvements oculaires épuisent les ressources de traitement ce qui a pour effet une réduction de la vivacité des mémoires contenues dans le système visuo-spacial (un sous-système de la mémoire de travail). Les auteurs suggèrent que la tâche de distraction dans l'EMDR met l'accent sur les souvenirs traumatiques moins désagréable et donc accélère l'ensemble du processus. Ceci expliquerait la raison pour laquelle l'EMDR produit des

effets plus rapidement que les traitements d'exposition (Gunter & Bodner, 2008). Cette diminution de la mémoire peut provoquer une réduction de l'émotivité autour de la mémoire et de ce fait, également des symptômes du SSPT (Smeets et al., 2012). Ainsi, la communication entre les deux hémisphères du cerveau permet une diminution de l'émotivité des souvenirs autobiographiques, qui génère à son tour l'augmentation de la flexibilité cognitive et amène à une amélioration de la mémoire de l'évènement traumatique sans excitation (Jeffries & Davis, 2013).

Dix études randomisées ont rapporté des effets soutenant chacune de ces hypothèses. Par conséquent, il existe de bonnes raisons de croire que les théories sont correctes et contribuent de manière interactive aux effets thérapeutiques de l'EMDR (Oren & Solomon, 2012). La recherche n'est pas encore complète concernant la compréhension des processus qui amènent à un SSPT, les théories restent variées et incomplètes. Il reste des avis contradictoires, d'abord pour savoir si les mouvements oculaires en opposition à l'exposition sont essentiels à la thérapie, et en second lieu sur le mécanisme d'action des mouvements oculaires (Jeffries & Davis, 2013). Comme l'ont conclu Schubert & Lee (2009), il n'existe aucune base pour suggérer de supprimer EMs de EMDR puisqu'il fait partie de la procédure utilisée dans les études montrant l'efficacité d'EMDR (cité par Jeffries & Davis, 2013). Des recherches futures permettant d'observer les changements avant et après un traitement sont indispensables pour confirmer les hypothèses actuelles. Il paraît nécessaire de concevoir un protocole méthodologique à suivre afin de ne pas obtenir d'incohérences (McGuire et al., 2014).

4.4. Efficacité de l'EMDR pour le SSPT

Depuis 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu l'EMDR comme étant une approche thérapeutique de choix pour les personnes diagnostiquées avec un état de stress post-traumatique. Comme indiqué dans les directives de pratique de l'OMS (2013), l'EMDR n'implique pas une description détaillée de l'évènement, une exposition prolongée, et des devoirs (Shapiro et al., 2017).

Dû aux nombreux traitements proposés pour le traitement du SSPT, les différences concernant les recommandations amènent à une incertitude quant à l'efficacité des thérapies pour le traiter. De nombreuses organisations ont élaboré des lignes

directrices pour le traitement des patients souffrant de SSPT et ont donné à l'EMDR un niveau de recommandation primaire ou secondaire (Cusack, Jonas, Forneris, Wines, Sonis, Middleton, Feltner, Brownley, Olmsted, Greenblatt, Weil & Gaynes, 2016). Les interventions de premier ou de second choix suivantes sont recommandées par la majorité des organisations : la thérapie d'exposition, la thérapie de restructuration cognitive, la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes, la thérapie cognitive, la désensibilisation et la reprogrammation par les mouvements oculaires, la thérapie du processus cognitif. Les organisations sont le Centre australien pour la santé mentale post-traumatique (ACPMH), 2007; la Société internationale pour les études sur le stress traumatique (ISTSS), 2009; le National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005 ; la gestion du groupe de travail sur le stress post-traumatique, 2010 (Haagen, Smid, Knipscheer & Kleber, 2015).

Des études contrôlées multiples ont indiqué que l'EMDR est efficace dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (p. ex., Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002). En plus de l'évaluation des symptômes du SSPT, beaucoup de ces études, ont permis de fournir des preuves d'un changement clinique robuste sur de multiples mesures d'anxiété, de dépression, de détresse globale, de dimensions de la personnalité, et plus récemment, des indices de rappel de mémoire positive. Selon Shapiro, le traitement des événements passés peut servir de base à un large éventail de pathologies existantes. Les rapports cliniques ont indiqué que la résolution adaptative des mémoires ciblées pour le traitement peut entraîner une altération complète de la connaissance, des affections et des comportements (Shapiro, 2001). Les études ont généralement rapporté une diminution du diagnostic de SSPT de 60 à 90% après trois à huit sessions (Shapiro & Maxfield, 2002).

En 2006, une étude systématique (Seidler & Wagner) des études comparant l'EMDR avec la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes a montré l'efficacité de ces deux thérapies. Étant donné l'efficacité équivalente des thérapies EMDR et des thérapies cognitivo-comportementales, les auteurs ont suggéré que le choix de la thérapie repose sur l'expérience du clinicien et la préférence du patient (Jeffries & Davis, 2013). De plus, il a également été avancé qu'un résultat majeur du traitement EMDR est la reconsolidation de la mémoire. Ce postulat représente une distinction critique entre EMDR et les thérapies comportementales cognitives axées sur l'exposition dans lesquelles il est posé qu'une nouvelle mémoire est créée, tandis

que l'ancienne reste inchangée. Ce qui suppose que la TCC provoque une extinction de la mémoire tandis que l'EMDR amène à une reconsolidation de la mémoire (Shapiro et al., 2017). Selon Craske et al. (cité par Shapiro et al., 2017), l'extinction de la mémoire n'élimine pas ou ne remplace pas les associations précédentes, mais résulte en un nouvel apprentissage qui est en concurrence avec les informations anciennes.

Chen, Hung, Tsai, Chu, Chung, Chen, Liao, Ou, Chang & Chou (2014), ont effectué une méta-analyse quantitative sur les résultats de plusieurs études cliniques rapportés entre 1991 et 2013 qui ont étudié les effets du traitement EMDR sur les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépressions et la détresse subjective chez les patients atteints de SSPT. Les résultats ont permis de conclure à une réduction considérable des symptômes pour ces troubles et suggèrent que le traitement EMDR peut améliorer la conscience de soi chez les patients, changer leurs croyances et leurs comportements, diminuer l'anxiété et la dépression et enfin, conduire à des émotions positives. Les résultats obtenus dans cette étude sont semblables à ceux observés dans une précédente méta-analyse de Davidson et Parker en 2001 sur des études quantitatives du traitement EMDR publié entre 1988 et 2000. Toutefois, toutes les analyses de l'étude n'étaient pas des essais contrôlés randomisés (cité par Jeffries & Davis, 2013). Ho & Lee (2012) ont comparé EMDR et TCC pour le SSPT et n'ont trouvé aucune différence entre les deux traitements pour le SSPT, excepté que l'EMDR peut réduire les symptômes de la dépression (Ho & Lee, 2012). Aussi, les patients atteints d'un SSPT, peuvent souffrir d'angoisse lorsqu'ils font face au stress. Divers études ont conclu que le traitement EMDR avait largement réduit l'anxiété chez les patients. De plus, les patients atteints du SSPT subissent une détresse subjective suite aux expériences négatives antérieures qui les ont perturbés et tentent d'éviter les souvenirs de ces expériences. Selon la méta-analyse réalisée sur douze études, les effets du traitement EMDR sur une détresse subjective rapporte que la taille de l'effet est importante. Ces résultats sont cohérents avec la méta-analyse de Davidson et Parker menée en 2001. Enfin, cette analyse met en évidence l'importance d'être traités par un thérapeute expérimenté, les résultats révèlent qu'alors les patients présentent une réduction de symptômes plus importante (cité par Chen et al., 2014).

Soixante-quatre essais cliniques ont été sélectionnés dans l'étude exposée en 2016 par Cusack et al., qui compare différentes thérapies à l'EMDR. Les données sont

concluantes et confirment l'efficacité de l'EMDR pour la réduction des symptômes du SSPT. Les preuves étaient insuffisantes pour déterminer l'efficacité de l'EMDR pour d'autres problématiques (anxiété, qualité de vie, ...) (Cusack et al., 2016).

Même si l'impact du traitement de l'EMDR sur les aires du cerveau n'est pas encore totalement compris, certaines recherches suggèrent que le traitement EMDR est associé à une activité accrue de plusieurs structures, y compris l'amygdale et le thalamus. Ainsi, une interaction importante entre ces régions et le cortex préfrontal pendant le traitement EMDR peut être envisagé (Wurtz, El-Khoury-Malhame, Wilhelm, Michael, Beetz, Rocques, Reynaud, Courtin, Khalifa & Herry, 2016).

Certaines études ont comparé l'EMDR et la prise de médicaments et indiquent que la thérapie EMDR peut produire des avantages à plus long terme (par exemple, Van der Kolk, Spinazola, Blaustein, Hopper, Korn & Simpson, 2007). D'autres essais ont démontré que l'EMDR aboutit à des résultats bons voire meilleurs que la thérapie éclectique (Nijdam et al., 2012) qui se définit comme étant une thérapie combinant des aspects de multiples thérapies fondées sur des preuves scientifiques. Il semblerait nécessaire de prendre en considération cette constatation sachant que la plupart des patients (en dehors des établissements d'étude) reçoivent une thérapie éclectique (Foa, Gillihan & Bryant, 2013). Il semble difficile de certifier la validité d'une comparaison entre plusieurs thérapies. Pour cause, il n'est pas possible de vérifier ce qui se déroule dans chaque session. Chaque thérapeute adapte les techniques à sa manière et selon les besoins du patients (McLay, Webb-Murphy, Fesperman, Delaney, Gerard, Roesch, Nebeker, Pandzic, Vichnyak & Johnston, 2016). À ce constat, se rajoute une critique concernant la non prise en considération des différences intra-individuelles concernant l'histoire singulière de chaque personne (Haagen et al., 2015).

Ainsi que présenté dans le point précédent, l'EMDR a été considéré comme un traitement efficace pour le SSPT et répond aux critères de la pratique fondée sur des preuves au Royaume-Uni par l'Institut national d'excellence clinique (2005), aux Pays-Bas par le Comité directeur national néerlandais pour les lignes directrices pour les soins de santé mentale (2003), en Australie par le Centre australien pour la santé mentale post-traumatique (2013) et apparaît dans les lignes directrices de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le SSPT (McGuire et al., 2014).

En outre, certains chercheurs suggèrent que l'EMDR est une thérapie mieux tolérée (Arabia et al., 2011) pour deux raisons. Premièrement, l'étude de Ironson et al., indique une réduction significative du sentiment de détresse subjective après une première session avec l'EMDR en comparaison avec l'exposition prolongée (Ironson et al., 2002). Une explication possible pour une amélioration plus rapide avec EMDR est que la durée de la session est de 30 à 45 minutes de plus que pour une courte psychothérapie (Nijdam et al., 2012). Deuxièmement, l'EMDR ne demande pas aux personnes d'effectuer des devoirs en dehors des séances pour être efficace (Ironson et al., 2002). En outre, comme le traitement EMDR ne nécessite aucun devoir, il peut être utilisé pendant des jours consécutifs, ce qui permet une fin rapide du traitement. Les implications financières sont évidentes (Shapiro, 2012). Toutefois, il n'est pas possible de confirmer l'efficacité de l'EMDR en raison du manque de rigueur des méthodes utilisées (McGuire et al., 2014).

Dans une étude analysant l'état de la recherche actuelle concernant l'efficacité des traitements recommandés pour les anciens combattants atteints de SSPT, Haagen et al. (2015) ont relevés que la thérapie de groupe, combinée à la thérapie individuelle, peut augmenter la thérapie axée sur les traumatismes. Ainsi, la thérapie de groupe permet de cibler d'autres thèmes non traumatiques, comme la psychoéducation, la régulation émotionnelle, le soutien social afin d'aborder la détérioration du fonctionnement social, l'isolement social et les problèmes de gestion de la colère. Selon diverses études, ces préoccupations peuvent avoir des effets préjudiciables pour le résultat du traitement du SSPT (Haagen et al., 2015). Parallèlement à l'approche de la psychologie positive, l'EMDR est une forme humaniste de thérapie qui croit aux ressources innées du client et à sa capacité de les utiliser au service de son développement personnel (Oren & Solomon, 2012).

V. L'Hypnothérapie

5.1. Définition de l'hypnose

La littérature scientifique relative à l'hypnose étant étendue et les informations la concernant si variées, le choix de cibler et limiter nos sources théoriques aux notions utiles au développement de la question de recherche a dû s'imposer. Il a pu être constaté, à travers l'étude des mécanismes de l'hypnose, que l'état hypnotique se distingue de l'état de veille ou de sommeil. Il est question d'un état de conscience particulier dans lequel des zones du cerveau exécutent des tâches de manière simultanée (Faymonville, Joris, Lamy, Maquet & Laureys, 2005). L'hypnose a comme particularité d'amener le patient à ne plus se limiter aux cadres de références usuels par le développement de sa créativité et à travers la mobilisation et l'exploration de ses ressources.

En 1994, l'Association Américaine de Psychologie ou APA s'accorde sur une définition de l'hypnose : « L'hypnose est une procédure durant laquelle un professionnel de la santé ou un chercheur suggère une modification dans l'expérience du sujet, du patient ou du client au niveau des sensations, perceptions, pensées ou comportements. Le contexte hypnotique est généralement établi par une procédure d'induction [...]. Certains décrivent leur expérience en termes d'état modifié de conscience. D'autres décrivent l'hypnose comme un état normal d'attention focalisée, dans lequel ils se sentent très calmes et détendus. » (cité par Clastot, 2013, p. 53).

5.2. Définition selon Milton Erickson

Milton Erickson, psychiatre et psychologue américain (1901-1980), a grandement contribué au renouvellement de l'hypnose clinique et a dédié de nombreux travaux à l'hypnose thérapeutique. (Salem & Bonvin, 2012). Il n'a pas envisagé une définition unique de l'hypnose car cela aurait eu pour conséquence de limiter la créativité essentielle, selon lui, à la pratique thérapeutique de l'hypnose. Selon lui, chaque patient a la capacité de faire face aux situations qu'il rencontre car il bénéficie naturellement des ressources pour y répondre de manière adaptée. Il n'a pas envisagé

une définition unique de l'hypnose car cela aurait eu pour conséquence de limiter la créativité essentielle, selon lui, à la pratique thérapeutique de l'hypnose. Erikson définit l'hypnose comme l'extension d'un phénomène naturel, c'est-à-dire le prolongement d'un état de distraction. Dans cette perspective, il va à l'encontre de l'instauration de procédures standardisées et universelles puisque chaque intervention sera personnalisée (Malarewicz & Godin, 1986).

a. Caractéristiques de l'expérience hypnotique

Selon Zelinka, Faymonville, Pitchot & Ansseau (2009), l'expérience hypnotique peut se définir comme un mode de fonctionnement neurophysiologique spécifique. Grâce à l'avancée des techniques de neuro-imagerie, l'hypnose a pu être définie comme un état modifié de conscience distinct de l'état de veille ou de sommeil. Des études ont permis d'observer une activation des zones corticales visuelles (cortex occipital), motrices (cortex précentral) et sensorielles (cortex pariétal) différente au cours d'un exercice de reviviscence hypnotique (fait de revivre une expérience passée lors d'une expérience hypnotique) que durant des exercices d'imageries mentales à l'état de veille habituel ou au repos les yeux fermés (Zelinka et al., 2009).

Pour obtenir une absorption de la part du patient, l'attention de ce dernier devra se focaliser sur un stimulus unique qui aura pour effet de diminuer de manière progressive la conscience qu'aura l'individu de son propre corps et de son environnement. La nature du stimulus est décidé par le sujet ou suggéré par le thérapeute sur base du canal sensoriel le plus sensible chez le patient : auditif, visuel ou kinesthésique. Le phénomène de dissociation peut se définir comme une transformation des perceptions aidant le patient à accéder et à expérimenter, de manière isolée, des perceptions généralement unies. Ce phénomène a pour singularité de permettre au patient d'être à la fois acteur et observateur de l'expérience qu'il est en train de vivre (Zelinka et al., 2009).

User de métaphores individualisées est indispensable pour illustrer le plus précisément possible le problème vécu par le patient et respecter ses croyances. Selon Bioy, l'intérêt de la métaphore hypnotique est qu'elle suggère indirectement une nouvelle vision de la difficulté rencontrée par le patient, ce qui va l'entraîner vers des perspectives jusque-là encore non explorées (Bioy, 2013).

b. Le déroulement d'une séance d'hypnose

Le déroulement d'une séance d'hypnose se déroule en cinq phases : la préparation du sujet, le processus d'induction, la phase hypnotique, le réveil (ou désinduction) et la phase posthypnotique.

Tout d'abord, le thérapeute prend le temps d'expliquer ce qu'est l'hypnose en s'assurant que les croyances et préjugés éventuels, relatifs à l'hypnose, ne forment pas un obstacle au processus thérapeutique (Benhaïem, 2012).

Ensuite, le processus d'induction donne l'opportunité au patient d'entrer dans un état hypnotique, de détente physique et mentale au moyen de suggestions (Cox, 2005). Bernheim définit la suggestion comme l'action d'introduire une idée, une sensation dans le cerveau et que ce dernier l'accepte. La suggestion n'est pas vécu de manière passive car chaque individu interprète et s'approprie une sensation à sa façon (Bernheim, 2007).

La phase hypnotique qui se caractérise par la transe peut se définir comme un état de focalisation sur son fonctionnement intérieur, mettant ainsi de côté son sens critique conscient. Elle permet au sujet de rompre avec la réalité externe. Néanmoins, tout au long de la transe, le patient maintient le contrôle de son comportement et n'est pas dépossédé de ses capacités à faire des choix (Simon, 2000).

Le « réveil » ou processus de désinduction consiste à ramener le patient à un état ordinaire de conscience en le sortant de l'état de transe. Le terme « réveil » a longtemps été utilisé, cependant, afin de ne pas perpétuer l'amalgame entre hypnose et sommeil, l'emploi du terme « désinduction » semble plus adéquat (Zelinka, 2013, février).

La phase post-hypnotique ou « feedback », permet au patient d'exprimer ce qu'il a vécu et perçu durant la séance. Ce feedback permet au thérapeute de s'adapter et d'ajuster sa pratique aux besoins du patient (Salem & Bonvin, 2012).

c. Effets neurologiques de suggestions hypnotiques

Faymonville et ses collègues (2005) ont observé des modifications de débit sanguin cérébral des régions corticales et sous-corticales causé par le processus hypnotique, et dévoilant une imagerie motrice, visuelle et kinesthésique attestant d'une différence avec l'état d'éveil en conscience habituelle. Les études menées grâce à l'imagerie cérébrale ont permis de démontrer que l'hypnose sollicite les circuits attentionnels et non les circuits neuronaux stimulés durant le sommeil (Rainville & Price, 2003).

Michaux, Halfon, & Wood (2007) relèvent dans leur étude que l'état hypnotique se caractérise par une production plus élevée d'onde thêta, autant durant l'induction que lors des suggestions hypnotiques, bien évidemment si le sujet est hypnotisable. La plupart des auteurs s'accordent à dire que les ondes thêta témoignent de l'attention soutenue, de l'effort cognitif et de l'amélioration des capacités d'imagerie mentale en état d'hypnose. Il semblerait que l'augmentation de la production d'ondes cérébrales, indépendamment de la catégorie, s'observe durant l'hypnose chez les personnes très sensibles à l'hypnose (Michaux et al., 2007)..

d. Les indications et contre-indications de l'hypnose

La liste des différents domaines d'application de l'hypnose évolue constamment selon la recherche. Cette partie permettra de faire l'inventaire de ses indications et contre-indications.

Les cliniciens et les chercheurs se rejoignent pour affirmer que l'hypnose clinique favorise le changement thérapeutique chez les patients souffrant de troubles anxieux et plus spécifiquement du stress, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur, des phobies spécifiques, des troubles d'affirmation de soi et également, des problèmes d'assuétude. L'hypnose clinique facilite également le traitement des troubles alimentaires, psychosomatiques et sexuels. L'hypnose clinique influence la manière dont le patient se voit mais aussi la manière dont il perçoit ses troubles. Elle permet au patient de reprendre le contrôle et de mieux appréhender ses angoisses (Bioy, 2013).

Si l'hypnose est pratiquée avec bienveillance en appliquant des suggestions de protection, il est quasiment impossible que l'hypnose médicale puisse engendrer des

effets néfastes pour le patient (Bioy, 2013). Cependant, l'impact des suggestions résulte essentiellement de la manière dont elles sont interprétées par l'individu. Dès lors, les potentiels effets indésirables peuvent résulter des caractéristiques et des attentes de l'individu, outre la nature des suggestions prodiguées (Zelinka, 2013, avril).

Toutefois, pour certaines personnes, la pratique de l'hypnose n'est pas recommandée parce qu'elle est soit inefficace, soit elle provoque potentiellement une expérience désagréable. Les personnes psychotiques, par exemple, ne parviennent pas à collaborer et à être réceptives aux suggestions hypnotiques lors d'une phase délirante (Bioy, 2013). Par conséquent, les contre-indications majeures à l'hypnose médicale sont le rejet du patient et l'inaptitude du thérapeute (Salem & Bonvin, 2011).

5.3. Efficacité de l'hypnose

Un important travail de recherche démontre l'efficacité de l'hypnose dans le cadre du traitement de nombreuses affections pour lesquelles la médecine traditionnelle a jugé le traitement difficile. Pour certains désordres (comme le syndrome du côlon irritable), la preuve de l'efficacité de l'hypnose est si robuste qu'on pourrait affirmer qu'il n'est pas éthique de ne pas informer les patients de cette modalité de traitement. De meilleures preuves existent maintenant en soutenant l'utilisation de l'hypnose pour soulager l'inconfort associé à de nombreuses procédures diagnostiques et invasives (Davis, 2015).

L'efficacité de l'hypnose lorsqu'elle est combinée avec la TCC a été démontrée et validée empiriquement dans plusieurs études portant sur la douleur chronique, le mal de tête chronique et la migraine, le syndrome du côlon irritable, la dermatologie, les troubles psychosomatiques, les troubles de la somatisation, le trouble de stress aigu, la dépression, les divers troubles émotionnels, l'anxiété de parler en public et un large éventail de conditions médicales (Alladin, 2012).

5.4. Traitement des états de stress post-traumatiques par l'hypnose

Certaines pathologies sont corrélées à une hypnotisabilité plus élevée que la population générale tels que les troubles de la personnalité, les troubles phobiques, les

troubles du comportement alimentaires, les troubles dissociatifs et pour finir, le syndrome de stress post-traumatique. De multiples études ont permis de démontrer que les personnes diagnostiquées avec un SSPT révélaient une hypnotisabilité élevée (Abramowitz & Lichtenberg, 2010). En effet, l'intensité de l'hypnotisabilité et l'amélioration thérapeutique sont positivement corrélés (Lynn, Malakataris, Condon, Maxwell & Cleere, 2012). Toutefois, le rapport entre l'hypnotisabilité et efficacité thérapeutique n'a pas pu être établi. Les auteurs insistent sur le fait que la majorité des études ont mesuré la susceptibilité hypnotique suite à l'exposition traumatique. D'où l'intérêt de ce questionnement : est-ce que le traumatisme psychique serait à l'origine d'un renforcement de l'hypnotisabilité, ou serait-ce un niveau élevé d'hypnotisabilité qui rend l'individu plus vulnérable face à un événement traumatique ? Il est important de prendre en compte que si le patient a des attentes positives vis-à-vis de l'hypnose cela constitue un prédicteur essentiel des réponses hypnotiques, et sont positivement corrélés à la haute hypnotisabilité des patients et de ce fait à l'efficacité de la thérapie (Chan, 2012).

L'hypnotisabilité est un concept intégrant plusieurs composantes telles que les capacités d'imagination, la suggestibilité, les capacités d'absorption, et la dissociabilité. La dissociation, en plus d'être l'une des composantes de l'hypnotisabilité, fait partie intégrante de la psychopathologie du psychotraumatisme. Il est intéressant de remarquer que c'est sans doute pour cette raison que la technique hypnotique paraît être appropriée pour le traitement de personnes ayant développé un syndrome psychotraumatique (Fareng & Plagnol, 2014).

Il existe des similitudes entre les comportements observés durant la transe hypnotique et les réorganisations comportementales et psychophysiologiques chez les personnes souffrant de SSPT. De nombreuses caractéristiques du SSPT ont une ressemblance notable avec les phénomènes hypnotiques (par exemple, les hallucinations, la dépersonnalisation et la distorsion du temps). L'hypnose et le SSPT produisent tous les deux une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration de la conscience de l'identité, des souvenirs et du contrôle des mouvements corporels (Alladin, 2012). L'activité cérébrale observée durant une transe hypnotique coïncide sur certains aspects avec celle étudiée dans l'état de stress post-traumatique. Le travail hypnothérapeutique permettrait donc de mobiliser certaines zones cérébrales dont le fonctionnement a été altéré dans le PTSD (Horley, 2013).

Les trois éléments qui composent une séance d'hypnose, la relaxation, le recours à l'imagination et la suggestion, vont toutes impacter de manière positive le changement dans des situations de stress post-traumatique (O'Toole, Solomon & Bergdahl, 2016).

La relaxation, par l'instauration d'une atmosphère apaisante, facilite l'accès du souvenir traumatique en offrant au patient un lieu sûr (O'Toole et al., 2016). De plus, la relaxation qui va fournir un point d'ancrage permettant au patient d'évoquer et de revenir dans un lieu sûr quand il en a besoin, va lui apporter un sentiment de contrôle accru et d'auto-efficacité qui à leur tour vont renforcer l'estime de soi. La capacité de l'hypnose à induire un état de relaxation et de désensibilisation neurologique va réduire l'état d'hypervigilance et de tension caractéristique de l'anxiété associée au stress. Par ailleurs, ceci va contribuer à l'amélioration de la qualité du sommeil, ce qui agit positivement sur le développement potentiel de troubles comorbides comme la dépression (Lynn et al., 2012).

L'hypnose a recours à des phénomènes dissociatifs qui sont la caractéristique du SSPT mais cette fois à des fins thérapeutiques. D'une part l'hypnose permet la dissociation entre les images traumatiques et les émotions qui y sont associées. D'autre part, elle va agir pour modifier les perceptions et les sensations vers plus d'apaisement (Abramowitz & Lichtenberg, 2010). L'imagerie guidée va permettre de restructurer le souvenir traumatique soit en ajoutant des éléments permettant de compléter la scène traumatique inachevée en imaginant l'action qu'il aurait pu ou voulu faire. Soit en modifier les caractéristiques de l'image traumatique (par exemple, la couleur d'un détail). La technique de dissociation permet à l'individu d'être à la fois spectateur et observateur de son souvenir traumatique. Ce processus a pour effet de redonner un sentiment de contrôle sur les mémoires traumatiques. L'expérience de reprise de contrôle sur l'évènement traumatique, lui « apprend » qu'il peut contrôler et choisir ses comportements dans toutes situations (Horley, 2013).

Le renforcement de l'ego, dont l'établissement est primordial avant d'aborder le traitement du traumatisme, nécessite une alliance thérapeutique de qualité qui va également contribuer à stabiliser le changement (Kuen Kwan, 2009).

Le patient diagnostiqué avec un SSPT fait l'expérience d'une perte de temporalité, l'avenir proche est difficile à imaginer, et le passé dont l'évocation est douloureuse, est vécu comme actuel. L'hypnose permet de sortir le patient de la répétition

traumatique (temps circulaire) et de le réinscrire dans un temps linéaire normal, et ainsi lui redonner espoir. L'évènement traumatique a induit une dissonance dans le sentiment d'unité du patient. Cette réinscription temporelle va être l'occasion de renégocier les croyances de l'individu concernant le soi, réinstaurant un sentiment d'unité (Horley, 2013).

5.5. Efficacité de l'hypnose pour le stress post-traumatique

L'ajout de l'hypnose renforcerait les effets bénéfiques du traitement de la TCC (Horley, 2013). Plusieurs auteurs soutiennent que l'hypnose est une approche qui peut s'incorporer à d'autres types de thérapies et accentue l'efficacité de celles-ci. Selon Lynn, l'ajout de l'hypnose à la TCC permet au patient d'accéder plus facilement à ses ressources, d'établir une alliance thérapeutique forte et de maintenir les effets du traitement. Aussi, pour les patients ayant des attitudes positives à l'égard de l'hypnose, le contexte hypnotique peut accroître la confiance dans l'efficacité de la thérapie (Lynn et al., 2012).

L'étude de O'Toole et ses collègues réalisée en 2016, semble être la première méta-analyse des effets de l'utilisation de techniques hypnothérapeutiques en tant que traitement pour les symptômes du SSPT. Toutes les études ont montré que l'hypnothérapie avait un effet positif sur les symptômes du SSPT. Les techniques hypnothérapeutiques ont considérablement réduit les symptômes spécifiques du SSPT, tels que les symptômes d'intrusion et d'évitement. Toutefois, il y a des limites à prendre en considération dans l'interprétation de ces résultats. Les principales limites de cette analyse actuelle étant le petit nombre d'études utilisées et la qualité des études. Parmi les six études utilisées dans cette analyse, toutes avaient des groupes de traitement de moins de 50 individus, avec des modèles de traitement et des mesures de résultats non comparables. De plus, toutes les études n'ont pas utilisé le même type de traitement hypnotique, car seulement quatre études ont porté sur l'efficacité de l'hypnothérapie pure et les autres sur l'hypnothérapie ajoutée à d'autres approches. De ce fait, il n'est pas possible de déterminer si la réduction des symptômes du SSPT était la conséquence de l'hypnothérapie ou si les autres thérapies ont eu un impact considérable sur les résultats. De plus, le dépistage des techniques hypnothérapeutiques dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique

(SSPT) n'est pas réglé. Compte tenu des résultats de cette étude préliminaire, la prévention de l'hypnothérapie pour les patients atteints du SSPT requiert des essais empiriques de grande qualité et de haute qualité pour déterminer les effets spécifiques du traitement pour le SSPT (O'Toole et al., 2016).

Parallèlement à la méta-analyse précédente, Rotaru & Rusu (2016) ont également conduit une méta-analyse pour prouver l'efficacité de l'hypnothérapie dans le traitement des symptômes de stress post-traumatique. Ces chercheurs ont comptabilisé cinq études testant l'efficacité des traitements basés sur l'hypnose dont quatre études réalisées après 2008. Deux études réalisées en 2013 portant sur l'étude de l'efficacité de l'hypnose afin de réduire les symptômes du SSPT chez des participants adultes ayant divers types de traumatismes. L'une réalisée par Barabaszetal et l'autre par Christensenetal. Une étude menée en 2008 par Abramowitz et ses collègues chez les combattants et une autre réalisée par Lesmana et al. en 2009 ne comprenait que des témoins d'attaque terroriste (cité par Rotaru & Rusu, 2016).

Ce qui ressort de leur étude est semblable à l'étude précédente, en ce sens que l'hypnose semble être efficace pour atténuer les symptômes de SSPT. L'affirmation selon laquelle l'hypnose fonctionne pour soulager les symptômes du SSPT est étayée par des études comparant des groupes de patients souffrant de SSPT recevant un traitement basé sur l'hypnose avec des groupes recevant des interventions telles que la désensibilisation systématique, des conseils, des médicaments, ou des interventions de placebo. L'effet de l'hypnothérapie sur les symptômes d'évitement s'est avéré être aussi efficace que l'EMDR, ainsi que la thérapie comportementale. Toutefois, les chercheurs constatent également le manque d'études systématiques pour affirmer l'efficacité des techniques hypnotiques dans les états post-traumatiques. Trop peu d'études répondent aux critères d'une approche méta-analytique forte (Rotaru & Rusu, 2016). Lynn et Cardeña ont également remarqué le besoin urgent de plus de recherches sur l'hypnose, la suggestibilité hypnotique et les états post-traumatiques (cité par Rotaru & Rusu, 2016).

Étant donné que les données disponibles provenant d'essais contrôlés randomisés sont insuffisantes, il n'y a pas suffisamment de preuves sur l'efficacité de l'hypnothérapie (Frommberger, Angenendt & Berger, 2014).

VI. Discussion

Au départ de ce travail, nous avons posé la question de l'objectif et de l'efficacité de trois approches thérapeutiques qui se présentent comme des thérapies privilégiées pour le traitement du stress post-traumatique.

Nous avons d'abord montré que chaque approche se différencie par l'objectif thérapeutique qu'elle poursuit et le processus de changement qu'elle privilégie.

La thérapie d'acceptation et d'engagement a pour objectif d'aider les individus à élargir leur champ de réponses face aux expériences internes indésirables. Cet élargissement des réponses est nommé flexibilité psychologique.

La reprogrammation et la désensibilisation par des mouvements oculaires s'intéresse à intégrer l'évènement traumatique non traité afin de l'incorporer dans la mémoire autobiographique et qu'il devienne au même titre que nos autres apprentissages de vie, une ressource permettant d'appréhender et de décoder toutes les expériences futures en vue de faire des choix adaptés.

L'hypnose vise la modification des empreintes sensorielles et émotionnelles douloureuses en représentations plus acceptables et la réinscription du sujet dans un temps linéaire, étape indispensable pour reprendre le contrôle de ses choix de vie.

De même chacune de ces approches met en avant des éléments originaux dans son processus de changement.

La thérapie d'acceptation et d'engagement comporte quatre éléments clés : l'acceptation des évènements privés indésirables, la défusion cognitive, l'identification et la reconnexion avec ses valeurs et l'engagement dans des comportements en adéquation avec les valeurs du sujet.

La reprogrammation et la désensibilisation par des mouvements oculaires va inscrire les expériences épisodiques dans la mémoire sémantique en s'appuyant sur l'activation du processus physiologique (stimulations bilatérales) qui est associé naturellement à la compétence innée de traitement de l'information (passage de la mémoire épisodique à la mémoire autobiographique). Elle ne va pas s'intéresser aux

valeurs du sujet mais va lui permettre de renégocier les croyances identitaires secondaires à l'événement traumatique.

L'hypnose utilise la reprogrammation de l'évènement traumatique de façon directive (la suggestion), en s'appuyant sur la puissance de l'imaginaire pour dépasser un phénomène de censure et permettre à la personne de terminer de façon satisfaisante la scène traumatique inachevée.

En ce qui concerne l'efficacité, il n'y pas de recherches contrôlées permettant d'assurer l'efficacité de l'ACT pour le traitement du stress post-traumatique. Toutefois, son efficacité a été prouvée pour le traitement des troubles comorbides liés au SSPT (dépression, stress, addictions). L'efficacité de la reprogrammation et la désensibilisation par des mouvements oculaires dans le traitement du SSP a été prouvé par de multiples études contrôlées. L'hypnose, quoique largement utilisée pour sa capacité de dissociation dans le traitement de la douleur par exemple, n'a pas été prouvée par des études valides. Dans notre recherche, nous avons été face à un manque de données fiables concernant l'efficacité de l'hypnose pour le SSPT. Celle-ci repose encore aujourd'hui sur des hypothèses.

Par ailleurs nous avons également émis l'hypothèse de recherche que sous une terminologie et des concepts théoriques différents, ces trois approches thérapeutiques partageaient un dénominateur commun et identifiable qui serait source de guérison dans leurs processus de changement respectifs.

À l'issu de ce travail, nous pouvons confirmer cette hypothèse. La série d'éléments suivants se retrouvent dans toutes les approches: l'acceptation préalable de l'ensemble des évènements privés liés à l'expérience traumatique; le retour à une phase d'apaisement par la relaxation; la connexion avec le ressenti du moment présent ; la renégociation des croyances; la remise en mouvement de la perspective temporelle ; la dissociation cognitive; le travail sur les associations liées à l'évènement traumatique; la reconsolidation des mémoires (pas de suppression); la restauration du sentiment de maîtrise et de reprise de contrôle; le travail sur l'estime de soi; la reconnexion de l'image et du langage par l'utilisation de la métaphore; l'absence d'attention aux détails factuels de l'évènement traumatique; la prise en compte d'un lien existant entre le vécu lié à l'évènement traumatique spécifique et les éléments biographiques du sujet et l'importance de la qualité de la relation thérapeutique comme facteur de

changement. Enfin toutes ces approches s'appuient sur une croyance en les capacités innées du sujet à se reconstruire.

Limites et forces du travail :

Le sujet de ce mémoire nous semble original. En effet nous n'avons trouvé aucune étude qui s'intéresse à la relation entre ces trois approches thérapeutiques et ce qu'elles ont en commun pour le traitement du stress post-traumatique.

Par contre, une limite de ce travail est le manque de preuves et de précision des études réalisées. Ceci est dû au fait qu'elles n'ont pas les mêmes exigences concernant la population, pas les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion et qu'elles n'ont pas établi de critères de comparaison. À cela s'ajoute des difficultés liées à la population diagnostiquée SSPT. Souvent les patients ont des troubles comorbides variés, la population n'est donc pas homogène. De plus, il y a un haut taux de décrochage durant les processus thérapeutiques quels qu'ils soient. Par ailleurs, dans chacune de ses approches, les thérapeutes manient les protocoles de manière personnalisée en fonction du patient et également en fonction de leur propre intuition et préférence, cela au service de l'efficacité perçue.

Perspectives futures pour la recherche :

Il serait de prendre en compte les données concernant l'appartenance ethnique, les variables démographiques tels que l'âge et le sexe, les croyances et les effets du type de traumatisme. De même, il serait important de mieux comprendre les mécanismes liés au changement. Ceci permettrait de développer de nouvelles approches d'interventions pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique pour les personnes qui ne répondent pas aux thérapies de référence actuelles. De plus, une meilleure compréhension des prédicteurs de réponse au traitement aiderait le clinicien à orienter les patients vers le traitement qui lui convient en fonction du type de traumatisme, des caractéristiques de l'individu (autobiographique, culturelle, comorbidités, etc.) et de sa situation (économique, démographique, etc.).

VII. Conclusion

Nous pouvons conclure que ces trois approches thérapeutiques sont différenciées dans leur objectif thérapeutique et dans les éléments clés de leur processus de changement mais qu'elles partagent des éléments que nous estimons fondamentaux pour restaurer à l'individu ses pleines capacités de fonctionnement.

En ce qui concerne l'indication thérapeutique, nous pouvons dire au terme de ce travail que l'EMDR apparaît comme la thérapie la plus économique et la moins coûteuse en temps. Son efficacité a été prouvée pour le traitement du stress post-traumatique même si ses mécanismes opératoires ne sont pas encore bien élucidés. Sa limitation tient à ce qu'elle se focalise sur la réduction des symptômes liés à la peur ce qui la rend efficace à court terme mais réduit sa portée thérapeutique sur la qualité de vie globale et à long terme du patient.

Il ressort de notre recherche, que tout travail thérapeutique qui a l'ambition de rendre au sujet une qualité de vie améliorée et son sentiment d'unicité repose sur les mêmes ingrédients que ceux utilisés dans les thérapies classiques, à savoir, l'alliance thérapeutique, la verbalisation, la renarcissisation et la réintroduction du sens.

Le caractère novateur de ces thérapies réside en ce qu'elles encouragent l'utilisation des substrats physiologiques des mécanismes mentaux, la force de l'imaginaire et enfin l'utilisation de la dimension psychocorporelle.

La confrontation au vécu traumatique peut s'avérer difficile pour le thérapeute. Il est donc important que toute personne intervenant auprès des personnes traumatisées et qui a l'ambition de les accompagner dans un processus thérapeutique, ait fait un travail sur lui qui lui permettra au minimum de ne pas décourager le dévoilement par le patient de la matière traumatique difficile ou la confrontation à un vécu suicidaire ou des pensées auto-destructrices.

VIII. Bibliographie

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Abramowitz, E. G., Barak, Y., Ben-Avi, I., & Knobler, H. Y. (2008). Hypnotherapy in the treatment of chronic combat-related PTSD patients suffering from insomnia: A randomized, zolpidem-controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 270-280. doi:10.1080/00207140802039672
- Abramowitz, E. G., & Lichtenberg, P. (2010). A new hypnotic technique for treating combat-related posttraumatic stress disorder: A prospective open study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(3), 316-328. doi:10.1080/00207141003760926
- Alladin, A. (2012). Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 249-262. doi:10.1080/00029157.2012.654528
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Vol 1*. (5è éd.). Washington: DSM-5.
- Arabia, E., Manca, M. L., & Solomon, R. M. (2011). EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(1), 2-13.
- Batten, S., & Hayes, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246-262. doi:10.1177/1534650103259689

- Benhaiem, J. -M. (2012). *L'hypnose médicale* (2è éd.). Paris : Med-Line.
- Bernheim, H. (2007). *De la suggestion* (2è éd.). Paris : L'Harmattan.
- Bisson, J. I., 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(FEB.), 97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bioy, A. (2013). *Découvrir l'hypnose* (2è éd.). Paris : InterEditions.
- Blackledge, J. T. (2004). Functional contextual processes in posttraumatic stress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 443-467. En ligne <http://www.ijpsy.com/volumen4/num3/94/functional-contextual-processes-in-posttraumatic-EN.pdf>
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90. doi:10.1007/BF02105408
- Bolton, E. E., Glenn, D. M., Orsillo, S., Roemer, L., & Litz, B. T. (2003). The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to somalia. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 203-210. doi:10.1023/A:1023754820991
- Bomyea, J., & Lang, A. J. (2012). Emerging interventions for PTSD: Future directions for clinical care and research. *Neuropharmacology*, 62(2), 607-615. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.05.028
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067. doi:10.1037/0021-9010.88.6.1057

- Bordieri, M. J., Tull, M. T., McDermott, M. J., & Gratz, K. L. (2014). The moderating role of experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and cannabis dependence. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 273-278. doi:10.1016/j.jcbs.2014.08.005
- Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., Voncken, M. J., Meewisse, M., Van Es, S. M., Menninga, S., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing for treatment of adults with childhood trauma-related post-traumatic stress disorder: IREM study design. *BMC Psychiatry*, 17(1) doi:10.1186/s12888-017-1330-2
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3
- Cox, R. H. (2005). *Psychologie du sport*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Carrascoso Lopez, F.J., & Valdivia Salas, S. (2009). Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: Some considerations from the research on basic processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(3), 299-315.
- Chan, I. S. F. (2012). Hypnosis in the treatment of conversion disorder after trauma. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40(1), 21-33.
- Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). *Social bonds and posttraumatic stress disorder*. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085650

- Chen, Y. -R., Hung, K. -W., Tsai, J. -C., Chu, H., Chung, M. -H., Chen, S. -R., Liao, Y. -M., Ou, K. -L., Chang, Y. -C., & Chou, K. -R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, *9*(8) doi:10.1371/journal.pone.0103676
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, *17*(2), 221-229. doi:10.1037/0894-4105.17.2.221
- Crocq, L. (2012). *16 leçons sur le trauma*. Paris : Odile Jacob.
- Clastot, P. -A. (2013). *Hypnose médicale et Stress Post-Traumatiques : revue de la littérature*. Thèse de doctorat en médecine et pharmacie non publiée, Université de Rouen, Rouen.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *43*, 128-141. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.003
- Davis, E. (2016). *Literature review of the evidence-base for the effectiveness of hypnotherapy*. Melbourne : PACFA
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of “Third wave” cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy*, *47*(6), 886-905. doi:10.1016/j.beth.2016.07.002

- Donahue, J. J., Khan's, H., Huggins, J., & Marrow, T. (2017). Posttraumatic stress symptom severity and functional impairment in a trauma-exposed sample: A preliminary examination into the moderating role of valued living. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 13-20. doi:10.1016/j.jcbs.2017.01.003
- Ducasse, D., & Fond G. (2015). *La thérapie d'acceptation et d'engagement. L'encéphale*, 41, 1-9. doi:10.1016/j.encep.2013.04.017
- Dutra, S. J., & Sadeh, N. (2017). Psychological flexibility mitigates effects of PTSD symptoms and negative urgency on aggressive behavior in trauma-exposed veterans. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, doi:10.1037/per0000251
- Dymond, S., Roche, B., Forsyth, J. P., Whelan, R., & Rhoden, J. (2008). Derived avoidance learning: Transformation of avoidance response functions in accordance with same and opposite relational frames. *Psychological Record*, 58(2), 269-286.
- Fareng, M., & Plagnol, A. (2014). Dissociation et syndrome traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *Editions Matériologiques*, 12, 29-46.
- Faymonville, M. -E., Joris, J., Lamy, M., Maquet, P., & Laureys, S. (2005). Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. In *Conférences d'actualisation: 47e Congrès national d'anesthésie et de réanimation (SFAR)* (pp. 59-69). Paris : Elsevier
- Ferssizidis, P., Adams, L. M., Kashdan, T. B., Plummer, C., Mishra, A., & Ciarrochi, J. (2010). Motivation for and commitment to social values: The roles of age and gender. *Motivation and Emotion*, 34(4), 354-362. doi:10.1007/s11031-010-9187-4

- Fiorillo, D., McLean, C., Pistorello, J., Hayes, S. C., & Follette, V. M. (2017). Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 104-113. doi:10.1016/j.jcbs.2016.11.003
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 14(2), 65-111. doi:10.1177/1529100612468841
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243-246. doi:10.1002/jts.20320
- Frommberger, U., Angenendt, J., & Berger, M. (2014). Post-traumatic stress disorder - A diagnostic and therapeutic challenge. *Deutsches Arzteblatt International*, 111(5), 59-65. doi:10.3238/arztebl.2014.0059
- Gaudiano, B.A. (2011). Evaluating acceptance and commitment therapy: an analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3), 311- 329.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson, H. F. (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. doi:10.1016/j.jbtep.2007.10.005
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working-memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 913-931. doi:10.1016/j.brat.2008.04.006

- Haagen, J. F. G., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis. *Clinical Psychology Review, 40*, 184-194. doi:10.1016/j.cpr.2015.06.008
- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F., & Knäuper, B. (2016). Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. doi:10.1037/int0000028
- Hayes, J. A., & Mitchell, J. C. (1994). Mental health professionals' skepticism about multiple personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*(4), 410-415. doi:10.1037/0735-7028.25.4.410
- Hayes, J. P., LaBar, K. S., McCarthy, G., Selgrade, E., Nasser, J., Dolcos, F., & Morey, R. A. (2011). Reduced hippocampal and amygdala activity predicts memory distortions for trauma reminders in combat-related PTSD. *Journal of Psychiatric Research, 45*(5), 660-669. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.10.007
- 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), 1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Ho, M. S. K., & Lee, C. W. (2012). Cognitive behaviour therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic disorder - is it all in the homework then? *Revue Europeenne De Psychologie Appliquee, 62*(4), 253-260. doi:10.1016/j.erap.2012.08.001
- Horley, R. (2013). The use of hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder in a patient previously resistant to other modes of therapy. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 40*(2), 123-131.

- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology, 58*(1), 113-128.
- Jansen, J. E., & Morris, E. M. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 24*(2), 187-199. doi:10.1016/j.cbpra.2016.04.003
- Jeffries, F. W., & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(3), 290-300. doi:10.1017/S1352465812000793
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Kuen Kwan, P. S. (2009). Phase-orientated hypnotherapy for complex PTSD in battered women: An overview and case studies from Hong Kong. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 37*(1), 49-59.
- Lepore, S. J., Wortman, C. B., Silver, R. C., & Wayment, H. A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 271-282.
- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(2), 231-239. doi:10.1016/j.jbtep.2012.11.001
- Lee, C. W., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*(2), 97-107. doi:10.1002/cpp.479

- Leer, A., Engelhard, I. M., & Van Den Hout, M. A. (2014). How eye movements in EMDR work: Changes in memory vividness and emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 396-401. doi:10.1016/j.jbtep.2014.04.004
- Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2009). ACT, RFT, and contextual behavioral science. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary research and practice* (pp. 1-40). Sydney: Australian Academic Press.
- Lynn, S. J., Malakataris, A., Condon, L., Maxwell, R., & Cleere, C. (2012). Post-traumatic stress disorder: Cognitive hypnotherapy, mindfulness, and acceptance-based treatment approaches. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 311-330. doi:10.1080/00029157.2011.645913
- Malarewicz, J. A., & Godin, J. (1986). *Milton h. Erickson. De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. Paris : Editions ESF.
- Masson, J. (2005). L'outil EMDR en alcoologie : réflexions théoriques et cliniques. *Psychothérapies*, 25(2), 117-123. doi:10.3917/psys.052.0117
- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665-675. doi:10.1016/S0005-7967(01)00069-9
- McGuire, T. M., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2014). Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 273-283. doi:10.2147/PRBM.S52268

- McLay, R. N., Webb-Murphy, J. A., Fesperman, S. F., Delaney, E. M., Gerard, S. K., Roesch, S. C., Nebeker, B. J., Pandzic, I., Vishnyak, E. A., & Johnston, S. L. (2016). Outcomes from eye movement desensitization and reprocessing in active-duty service members with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 702-708. doi:10.1037/tra0000120
- McLean, C., & Follette, V. M. (2016). Acceptance and commitment therapy as a nonpathologizing intervention approach for survivors of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(2), 138-150. doi:10.1080/15299732.2016.1103111
- Michaux, D., Halfon, Y., & Wood, C. (2007). *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris : Maloine.
- Mirabel-Sarron, C., & Philippot, P. (2015). Les nouvelles approches en thérapies émotionnelles. In Y. Quintilla & A. Pelissolo (Eds.), *Thérapeutique en Psychiatrie : Théories et applications cliniques*. Paris : Masson Elsevier.
- Monestès, J. -L., Villatte, M., & Loas, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19(1), 30-34. doi:10.1016/j.jtcc.2009.04.003
- Nijdam, M. J., Gersons, B. P. R., Reitsma, J. B., De Jongh, A., & Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 224-231. doi:10.1192/bjp.bp.111.099234
- Oren, E., & Solomon, R. (2012). EMDR therapy: An overview of its development and mechanisms of action. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 62(4), 197-203. doi:10.1016/j.erap.2012.08.005

- Orsillo, S., & Batten, S. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129. doi:10.1177/0145445504270876
- Öst, L. -G. (2014). The efficacy of acceptance and commitment therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105-121. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018
- 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(1), 97-100. doi:10.1002/jts.22077
- Ozer, E. J., & Weiss, D. S. (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, 13(4), 169-172. doi:10.1111/j.0963-7214.2004.00300.x
- Perkins, B. R., & Rouanzoin, C. C. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 77-97. doi:10.1002/jclp.1130
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Response to 'is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons?'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(6), 380-381. doi:10.1159/000235978
- Rainville, P., & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(2), 105-129. doi:10.1076/iceh.51.2.105.14613
- Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 43-59.

- Rotaru, T. -S., & Rusu, A. (2016). A meta-analysis for the efficacy of hypnotherapy in alleviating PTSD symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64(1), 116-136. doi:10.1080/00207144.2015.1099406
- Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
- Salem, G., & Bonvin, E. (2012). *Soigner par l'hypnose* (5è éd.). Paris: Elsevier Masson.
- Scarpa, A., Haden, S. C., & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 446-469. doi:10.1177/0886260505285726
- Schubert, S. J., Lee, C. W., & Drummond, P. D. (2011). The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 1-11. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.024
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: A meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522. doi:10.1017/S0033291706007963
- Seznec, J. -C. (2015). *ACT: Applications thérapeutiques*. Paris : Dunod.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)* (2è éd.). New York : The Guilford Press.

- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research les thérapies. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 62(4), 193-195. doi:10.1016/j.erap.2012.09.005
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946. doi:10.1002/jclp.10068
- Shapiro, F., Wesselman, D., & Mevissen, L. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR). In M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 273-298). Cham, Switzerland : Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-46138-0
- Simon, V. (2000). *Du bon usage de l'hypnose : à la découverte d'une thérapie incontournable*. Paris : Robert Laffont.
- Smeets, M. A. M., Dijks, M. W., Pervan, I., Engelhard, I. M., & Van den Hout, M. A. (2012). Time-course of eye movement-related decrease in vividness and emotionality of unpleasant autobiographical memories. *Memory*, 20(4), 346-357. doi:10.1080/09658211.2012.665462
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model : Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315-325.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 61-75.

- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, *148*(1), 10-20.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(4), 409-415. doi:10.1016/j.janxdis.2010.02.005
- Trinder, H., & Salkovskis, P.M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(8), 833-842. doi:10.1016/0005-7967(94)90163-5
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *16*(3), 243-252. doi:10.1016/j.cbpra.2008.10.002
- Van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Rijkeboer, M. M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M. B. J., & Akse, N. (2011). EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(2), 92-98. doi:10.1016/j.brat.2010.11.003
- Van Der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(1), 37-46.
- Ventureyra, V. A. G., Yao, S. -N., Cottraux, J., Note, I., & De Mey-Guillard, C. (2001). The validation of the posttraumatic stress disorder checklist scale in posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*(1), 47-53. doi:10.1159/000049343

- Walser, R. D., & Hayes, S. C. (2006). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapies Trauma* (pp. 1-36). New York : Guildford Press.
- Walser, R. D., & Westrup D. (2006). Supervising trainees in acceptance and commitment therapy for treatment of posttraumatic stress disorder. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2 (1), 12-16.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399-411). New-York : Press G.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60(2), 249-272.
- Woidneck, M., (2013). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of posttraumatic stress among adolescents*. Thèse en doctorat en psychologie non publiée, Utah State University, Logan.
- Wurtz, H., El-Khoury-Malhame, M., Wilhelm, F. H., Michael, T., Beetz, E. M., Roques, J., Reynaud, E., Courtin, J., Khalfa, S., & Herry, C. (2016). Preventing long-lasting fear recovery using bilateral alternating sensory stimulation: A translational study. *Neuroscience*, 321, 222-235. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.06.012
- Yard, S. S., DuHamel, K. N., & Galynker, I. I. (2008). Hypnotizability as a potential risk factor for posttraumatic stress: A review of quantitative studies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56(3), 334-356. doi:10.1080/00207140802042007
- Zelinka, V. (2013, février). *Introduction théorique à l'hypnose thérapeutique. Part 1: mythes et réalités*. Communication présentée à FUNDP, Namur.

Zelinka, V. (2013, avril). *Introduction théorique à l'hypnose thérapeutique. Part 2: indication et contre-indications*. Communication présentée à FUNDP, Namur.

Zelinka, V., Faymonville, M.E., Pitchot, W., & Ansseau, M. (2009). L'hypnose dans la prise en charge des douleurs chroniques. *Acta Psychiatrica Belgica*, 109(3), 21- 28.

La multiplication des attentats a fait revenir en force l'expérience traumatique comme étant susceptible de toucher chacun d'entre nous. Dans ce contexte, en tant que thérapeute si nous ne devons pas tous être capables de traiter le trouble du stress post-traumatique, il nous semble important que nous soyons tous à même de repérer les symptômes de stress post-traumatique et d'offrir une écoute empathique et professionnelle du vécu du patient traumatisé afin de l'orienter vers un traitement adapté. La nécessité de cette compétence s'impose d'autant plus que cette symptomatologie invalide l'individu dans ses relations, dans sa vie professionnelle et dans son aptitude à gérer le quotidien. Les répercussions sociales associées sont donc toujours lourdes et coûteuses.

L'objectif de ce mémoire est d'offrir une bonne compréhension des symptômes post-traumatiques et une analyse critique de trois traitements privilégiés pour le traitement du stress post-traumatique. Nous effectuons une analyse de leur objectif thérapeutique, de leur processus de changement et de leur efficacité respectifs.

Nous soulignons le caractère novateur de ces thérapies en ce qu'elles encouragent l'utilisation des substrats physiologiques des mécanismes mentaux, la force de l'imaginaire et enfin l'utilisation de la dimension psychocorporelle. Nous montrons que l'EMDR apparaît comme la thérapie la plus économique et la moins coûteuse en temps dont l'efficacité a été prouvée pour le traitement du stress post-traumatique. Sa limitation tient cependant à ce qu'elle se focalise sur la réduction des symptômes liés à la peur ce qui la rend efficace à court terme mais réduit sa portée thérapeutique sur la qualité de vie globale et à long terme du patient.

En conclusion, nous constatons au terme de notre recherche que tout travail thérapeutique entamé dans le contexte d'un traumatisme, s'il a l'ambition de rendre au sujet une qualité de vie améliorée et son sentiment d'unicité repose sur les mêmes ingrédients que ceux utilisés dans les thérapies classiques, à savoir, l'alliance thérapeutique, la verbalisation, la renarcissisation et la réintroduction du sens.