

ESPT : comparaison de cas



Mémoire réalisé par

LECAT Jean Sébastien

Promoteur

François Nef

Année académique 2019-2020

Travail de Fin de Formation

Certificat universitaire en évaluation et intervention

psychologiques – Psychothérapie

Table des matières

Partie 1 Monsieur A

1. Contexte de la consultation et analyse de la demande du client.	1
2. Données générales sur le client.	1
3. Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources.	3
4. Concrétisation du problème psychologique.	3
5. Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel.	4
6. Conceptualisation de cas holistique Monsieur A.	4
7. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique Monsieur A.	5

Partie 2 Monsieur Y

1. Contexte de la consultation et analyse de la demande du client.	6
2. Données générales sur le client.	6
3. Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources.	8
4. Concrétisation du problème psychologique.	8
5. Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel.	9
6. Conceptualisation de cas holistique Monsieur Y.	9
7. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique Monsieur Y	10

Partie 3 Littérature et interventions

8. Élaboration du plan thérapeutique.	19
9.. Évaluation des interventions	21
10. Intérêt pour la comparaison de ces prises en charge	23

Bibliographie

Annexe I

Annexe II

Annexe III

Annexe 1V

Partie 1 Monsieur A

1 Contexte de la consultation et analyse de la demande du client.

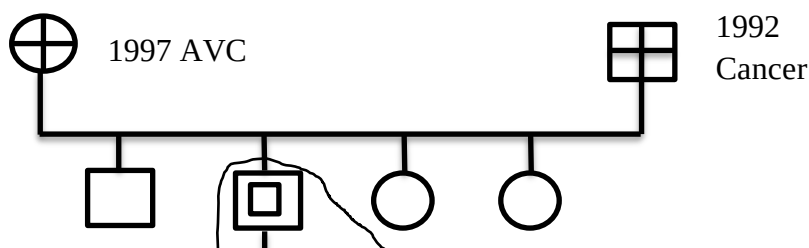
Monsieur A m'est adressé par WPO, une entreprise mettant en lien des entreprises avec des psychologues. Celui-ci se trouve en détresse et est à la recherche d'une solution supplémentaire à celle de son médecin traitant. Monsieur A. est conducteur de bus. Il m'explique qu'il y a 2 mois à 7h00 du matin, il s'arrête à un arrêt terminus pour faire descendre tous les passagers du bus et indique ne prendre des passagers qu'à l'arrêt suivant. A ce terminus, un jeune homme sous l'emprise de la drogue a commencé à l'insulter et à se montrer agressif car il n'était pas content de ne pouvoir monter à cet arrêt. Il voulut monter de force dans le bus et profita de cet instant pour assener des coups de poing au visage de Monsieur A. Dans l'intervalle ce dernier réussit à pousser l'individu hors du bus et à fermer la porte. Il conduisit jusqu'à l'arrêt suivant où une femme s'est ouvertement plainte que le bus avait du retard. Des passagers ayant vu la scène prirent sa défense. A ce moment, la police arriva ainsi que ses collègues et le prirent en charge. Monsieur A ne se reconnaît plus. Il aimerait retrouver la santé et le calme qui le caractérisait, arrêter d'être en colère et de revivre sans cesse cette scène. Il estime que s'il devait de nouveau conduire un bus, il prendrait quelque chose pour se défendre, même s'il est conscient qu'il serait en tort. Il envisage de demander un poste interne.

2. Données générales sur le client.

Monsieur A. est un homme âgé de 57 ans et a un bon statut socio-économique.

Famille :

Monsieur A. a une relativement grande famille. Il a trois enfants et deux petits-enfants avec qui il a de très bonnes relations. Monsieur A. n'évoque aucun moment ni aucun événement significatif mettant en lumière de possibles conflits pouvant avoir une incidence significative. Il partage des moments de qualité avec ses enfants, est impliqué dans l'éducation de ceux-ci et voit régulièrement ses petits-enfants. D'ailleurs il les reçoit autant que possible et garde ses petits-enfants certains jours de la semaine ainsi que durant les vacances. Les relations avec sa partenaire sont elles aussi satisfaisantes. Sa partenaire se montre soutenante dans sa démarche de soin mais aussi pour les difficultés que Monsieur peut rencontrer.



Travail :

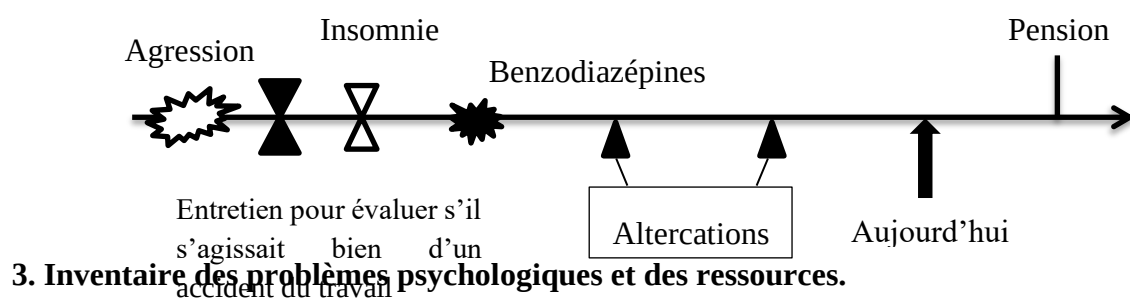
Actuellement en arrêt de travail, Monsieur A. occupe un poste de conducteur de bus depuis 35 ans. Il m'explique être proche de la retraite mais ne craint pas de perdre son poste. Avec sa femme, il estime que sa santé est prioritaire.

Loisirs et vie sociale :

Essentiellement centré sur les activités familiales, Monsieur s'occupe de ses petits-enfants qu'il essaye de garder le plus souvent possible avec sa femme. Il aime bien faire quelques jeux comme les sudoku et mots fléchés et parfois rentre plus tard du travail pour boire un verre avec ses collègues du travail. Les valeurs familiales semblent très marquées chez Monsieur qui essaie d'entretenir les liens avec son frère et ses sœurs ainsi que leurs partenaires.

Évènements de vie significatifs

La ligne de vie présentée reprend l'ensemble des événements de vie décrits comme ayant eu un rôle et/ou un impact sur l'anxiété.



Problème(s)	Ressource(s)
Anxiété	- Soutien social (conjointe, enfants, collègues) - Bon statut-socio-économique - Capacité d'adaptation - Forte motivation (centrée santé/famille) - Compliance et alliance thérapeutique

Monsieur A présente de l'anxiété qui se caractérise par une forte irritabilité marquée par un sentiment de colère. Celui-ci dispose d'un certain nombre de ressources : d'abord humaines avec le soutien social de sa famille mais aussi de la part de sa compagne. Par ailleurs, Monsieur explique ne craindre ni la durée de la prise en charge et ni de perdre son emploi. En effet, pour lui et sa compagne, il leur importe d'avoir une bonne santé et de pouvoir profiter autant que possible de la pension, de leur projet au Maroc ainsi que de leurs enfants et petits-enfants. Ainsi, le statut-socio-économique de Monsieur, sa forte motivation à changer sa situation ainsi que sa bonne compliance et l'alliance thérapeutique mise en place sont des atouts majeurs dans la possibilité de s'engager dans le travail psychothérapeutique.

4. Concrétisation du problème psychologique.

L'anxiété de Monsieur A se caractérise par des stratégies d'évitements tels que les siestes et la non-participation et/ou l'arrêt d'activités de loisir ou du quotidien notamment avec sa famille (e.g. courses) ou encore l'usage de benzodiazépine qui n'apparaît pas problématique (Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB) : 5/10) (Pelissolo, A., Maniere, F., Boutges, B., Allouche, M., Richard-Berthe, C., Corruble, 2007). Sur le plan cognitif Monsieur A. rapporte durant les entretiens des pensées telles que « Je savais qu'il ne fallait pas intervenir. », « Je ne pense pas que l'on puisse faire confiance aux gens. », « Je n'arriverai pas à me contrôler. ». Ses cognitions mettent en lumière des croyances relativement dysfonctionnelles car ayant un rôle dans le maintien du problème psychologique. L'ensemble de ces cognitions ont été évaluées via l'inventaire des cognitions post traumatique (PTCI-36). Celle-ci est composée de trois sous-échelles. Monsieur A obtient 5.52 sur 7 à la sous échelle des cognitions négative à propos de soi (e.g. Je me sens mort à l'intérieur). Pour les croyances négatives sur le monde, Monsieur A cote à 4.86 sur 7 et 6,8 sur 7 concernant le blâme de soi. Ces scores correspondent aux normes présentées par Foa et al (1999) pour les « traumas avec

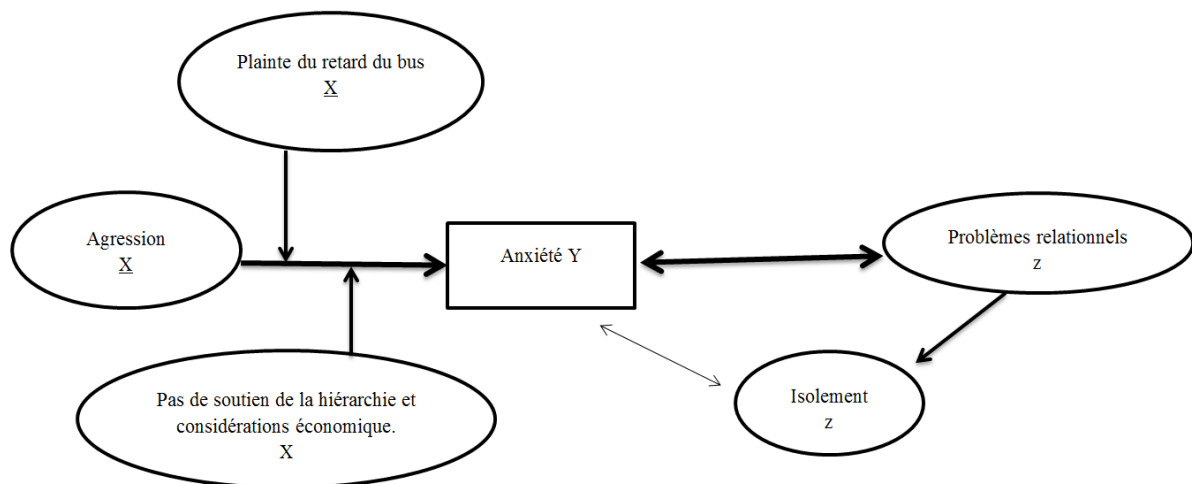
ESPT » : cognitions négative à propos de soi médian 3.6, sd 1.48 ; croyances négatives sur le monde médian 5, sd 1.25 ; blâme de soi médian 3.2, sd 1.74.

Sur le plan des émotions on observe principalement de la peur et de la colère. Le problème de Monsieur A apparaît comme incontrôlable. Il a débuté le jour de son agression comme le montre la ligne de « vie ». Ainsi, cette agression, couplée aux remarques de certains passagers (e.g. « Vous êtes en retard. Je vais rater mon vol. » alors que celui-ci est ensanglanté), à un entretien avec ses supérieurs pour déterminer s'il s'agissait bien d'un accident du travail ainsi qu'au recours à des stratégies dysfonctionnelles à long terme, a permis le développement de ces difficultés psychologiques. L'impact de l'anxiété au quotidien majore le sentiment d'envahissement. Le retentissement sur les activités autres que professionnelles montre un fort impact sur la qualité de vie de Monsieur qui parle avec sa femme « d'espérer retrouver sa santé » et accepte de ne plus travailler jusqu'à sa pension si cela est nécessaire.

5. Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel.

Selon le DSM-5 (2013) le problème rencontré par Monsieur A rentre dans la classification des troubles liés aux traumatismes et au stress correspondant au diagnostic de l'état de stress post-traumatique (ESPT). L'ensemble des critères sont repris en Annexe.

6. Conceptualisation de cas holistique Monsieur A.



7. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique Monsieur A.

Antécédents		Processus psychologiques	Phénomène psychologique	Conséquences	
Contexte	Stimuli	Anxiété		Immédiates	Différées
Fatigue Attitudes de son entourage et des gens Niveau d'activité	Vocabulaire en rapport avec le travail	Évitement expérientiel Conditionnement classique Conditionnement opérant des évitements expérientiels	Consommation de Benzodiazépine, colère/agressivité, ronge ses ongles, ferme les yeux	Confirmation des croyances d'insécurité et d'inopérance Sentiment de contrôle +S+ Arrêt des Flashback -S- Soulagement émotionnel -S-/OS-	Difficultés de sommeil Augmentation des affects négatifs (anxiété et dépression)
	Voir un bus/arrêt de bus (réel et TV)				
	Les locaux administratifs				
	Voir un jeune typé banlieue	Biais attentionnel/interprétation	Hypervigilance		Augmentation du sentiment de menace et de l'anxiété
		Croyances dysfonctionnelles Distorsions cognitives Schéma cognitif d'inopérance et d'insécurité	Ruminations	Soulagement émotionnel et anticipations-S-/OS-	Augmentation des flashbacks, intrusions et reviviscences. Isolement et limitation dans les activités du quotidien.

Partie 2 Monsieur Y

1. Contexte de la consultation et analyse de la demande du client.

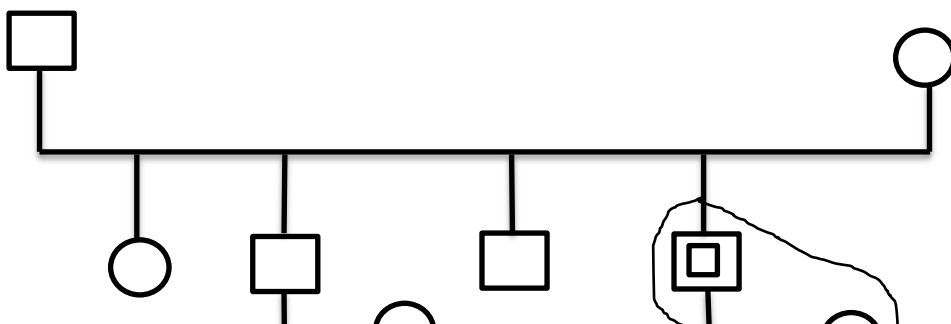
Monsieur Y m'est adressé de la même façon. Celui-ci ne trouve plus le sommeil et se sent perpétuellement stressé et ce malgré l'accompagnement de son médecin traitant. Il a l'impression de perdre pied et notamment le contrôle sur sa consommation d'alcool. Il m'explique qu'il y a 4 mois un dimanche à 1h du matin, un SDF s'est retrouvé sous une roue de son bus. Depuis, il essaie continuellement de comprendre comment cela a pu se passer. Il dit essayer de se mettre à la place de ce SDF mais qu'il ne comprend pas. Aujourd'hui, le SDF a été opéré (amputation) et est en bonne santé (concernant les conséquences de l'accident). Monsieur Y dit avoir des cauchemars et se réveiller plusieurs fois dans la nuit. Il explique avoir comme des « flashes » de l'évènement. Actuellement en arrêt maladie, il passe sa journée à ruminer l'évènement. Seuls les moments où il consomme de l'alcool, prend ses médicaments et voit sa famille le laissent avoir l'esprit tranquille. Monsieur Y aimerait retrouver une vie normale comme avant, retrouver le sommeil et arrêter d'avoir à prendre des médicaments et de l'alcool pour se sentir apaisé. Il a peur de devenir alcoolique, ce qui serait une honte pour ses parents qui sont musulmans pratiquants.

2. Données générales sur le client.

Monsieur Y. est un homme âgé de 34 ans et a un bon statut socio-économique.

Famille :

Monsieur Y. a une famille présente. Il est engagé dans une relation de six ans, il n'est pas marié et n'a pas encore eu d'enfant (projet de demande de fiançailles dans l'année). Sa compagne apparaît comme soutenante et a été une des motivations pour consulter. En effet, depuis plusieurs jours, celle-ci a décidé de faire chambre à part. Très en lien avec ses parents et notamment sa maman, il passe régulièrement chez ceux-ci notamment pour manger le repas du midi. Avec ses frères et sa sœur les relations sont bonnes. Ils ont des contacts réguliers mais les obligations professionnelles ne leur permettent de passer beaucoup de temps ensemble.



Travail :

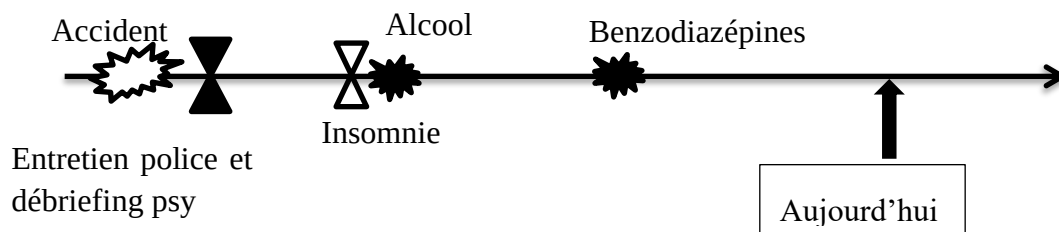
Actuellement en arrêt de travail Monsieur Y. occupe un poste de conducteur de bus depuis 5 ans. Précédemment il travaillait pour son compte comme Uber et faisait aussi des livraisons. Le rythme de travail était plus soutenu pour un revenu faible. Le contrat de travail comme conducteur s'est montré très libérateur pour Monsieur et synonyme de sécurité financière.

Loisirs et vie sociale :

Monsieur est relativement actif, il pratique du football dans un club au niveau amateur. Relativement investi il participe aussi aux entraînements des jeunes. Dans le travail comme dans le sport il semble avoir de bons contacts sociaux et sort régulièrement avec des amis gardés de ses précédents jobs.

Évènements de vie significatifs

La ligne de vie présentée reprend l'ensemble des événements de vie décrits comme ayant eu un rôle et/ou un impact sur l'anxiété.



3. Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources.

Problème(s)	Ressource(s)
Anxiété	- Soutien social (conjointe, famille et amis) - Bon statut-socio-économique - Capacité d'auto-observation et d'introspection - Forte motivation (centrée travail/famille) - Alliance thérapeutique

Le problème psychologique de Monsieur Y. est de l'anxiété. Les ressources de Monsieur sont nombreuses. Un soutien social important d'abord de sa compagne ainsi que de sa famille (même si ses parents resteront un soutien potentiellement limité sur la question de l'alcool). Le statut-socio-économique de Monsieur, sa capacité d'auto-observation et d'introspection, sa forte motivation – notamment à pouvoir retourner travailler – sont autant d'atouts pour un suivi psychothérapeutique qui demande souvent beaucoup de ressources. Enfin, l'alliance thérapeutique mise en place constitue un levier important dans la possibilité de s'engager dans un travail psychothérapeutique impliquant notamment un sevrage et de l'exposition.

4. Concrétisation du problème psychologique.

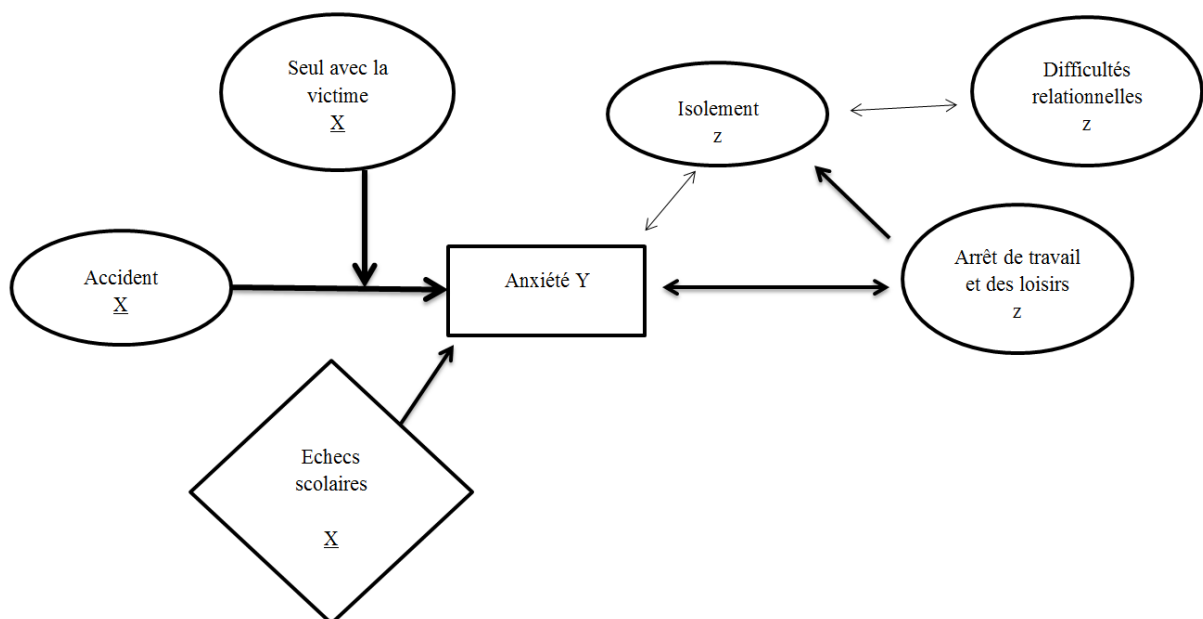
Sur le plan des émotions on observe principalement de l'anxiété. Les difficultés de Monsieur Y se caractérisent par des stratégies d'évitements tels que les siestes, l'alcool, la non-participation et/ou l'arrêt d'activités du quotidien et de loisir ou encore l'usage de benzodiazépines. L'évaluation par l'échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines indique un score de 7/10 signifiant une dépendance, le seuil étant défini à 6/10. Monsieur Y rapporte durant les entretiens des pensées telles que « Je ne méritais pas ça », « Pourquoi il est venu sous mon bus ? », « J'aurais dû le voir », « Je suis responsable » ou encore « J'ai l'impression que ça pourrait arriver n'importe quand. ». Ces pensées apparaissent comme un premier reflet d'un schéma cognitif d'inopérance et de croyances dysfonctionnelles tel que « Ma valeur dépend de ce que je fais ». L'ensemble des cognitions ont aussi été évaluées. Monsieur Y obtient 5.52 sur 7 à la sous échelle des cognitions négatives à propos de soi (e.g. l'évènement s'est produit en raison de la façon dont j'ai agi.). Concernant les croyances négatives sur le monde Monsieur Y cote à 3.86 sur 7 et 7 sur 7 concernant le blâme de soi. Comparé aux normes présentées (voir supra), Monsieur Y. correspond aussi au score haut. Le

problème de Monsieur Y apparaît comme incontrôlable. Il s'est développé autour de l'accident de bus où il a écrasé un SDF. Ici encore les remarques et attitudes des passagers ont eu un poids (e.g. « Vous n'allez pas au terminus du coup ?! »). Puis ceux-ci sont partis sans le soutenir ni soutenir le SDF. Il a, par la suite, suivi la procédure au commissariat et a eu ce qu'il a appelé un « débriefing psychologique » où il a raconté en détail tout ce qui s'était passé. Au vu de la littérature (Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., Bisson, 2009; Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, 2001) ceci peut interroger sur le rôle que cette intervention a eu dans le développement de l'anxiété au-delà des stratégies de coping dysfonctionnelles (voir supra). La détresse de Monsieur est quotidienne et met en difficulté son couple et ses relations familiales ce qui a fait un fort retentissement sur sa qualité de vie.

5. Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel.

Selon le DSM-5 (2013) le problème rencontré par Monsieur Y. rentre dans la classification des troubles liés aux traumatismes et au stress correspondant au diagnostic de l'état de stress post-traumatique (ESPT). L'ensemble des critères sont repris en Annexe.

6. Conceptualisation de cas holistique Monsieur Y.



7. Conceptualisation de cas processuelle de chaque problème psychologique Monsieur Y

Antécédents		Processus psychologiques	Phénomène psychologique	Conséquences	
Contexte	Stimuli			Immédiates	Différées
Fatigue Stress Niveau d'activité	Pensées associées	Biais attentionnel/interprétation	Hypervigilance		Augmentation des affects négatifs (anxiété et dépression) Confirmation des croyances dysfonctionnelles
	Voir son bus et le lieu de l'accident. Les locaux administratifs Les personnes alcoolisées En roulant : vibration, dos d'âne, nid de poule, virage, passage piétons.	Conditionnement classique Conditionnement opérant des évitements expérientiels Coping non fonctionnels	Consommation de Benzodiazépine, alcoolisation, sieste	Confirmation des croyances d'insécurité et d'inopérance +S+ Sentiment de contrôle +S+ Soulagement émotionnel -S- /0S-	Difficultés d'endormissement Dégradation des liens familiaux/ conjugaux Augmentation des affects négatifs (anxiété et dépression) Augmentation de la consommation d'anxiolytique/ et d'alcool Dégradation estime de soi et du sentiment d'efficacité
		Croyances dysfonctionnelles Distorsions cognitives Schéma cognitif d'inopérance et d'insécurité	Ruminations	Soulagement émotionnel et anticipations-S- /0S-	Augmentation des flashbacks et intrusions Isolement et limitation dans les activités du quotidien. Augmentation de la consommation d'anxiolytique/ et d'alcool

Partie 3 Littérature et interventions

La modélisation holistique des problèmes psychologiques des patients recoupe avec ce que la littérature regroupe dans les facteurs entourant le traumatisme (Kirkpatrick, H.A., Heller, 2014). Concernant les facteurs pré-traumatiques, si des facteurs tels que la qualité de la mémoire de travail ne sont pas connus, seule la présence d'une possible anxiété antérieure à l'évènement pour Monsieur Y est suspectée. A propos des facteurs péri-traumatiques les événements décrits ainsi que l'intensité de la peur paraissent comme étant les points soutenant le traumatisme de chacun des patients. Enfin, les facteurs post-traumatiques comportent un soutien social négatif ou du moins perçu comme étant inadéquat. Notamment pour Monsieur A et l'entretien avec sa hiérarchie cherchant avant tout, selon lui, à trouver les éléments justifiant de faire sortir l'évènement d'un accident/incident du travail. Monsieur Y apparaît comme ayant un soutien social négatif du moins dans le sens où il semble avoir des difficultés à le solliciter. Lors de l'évènement, la réaction des usagers peut être considérée comme faisant partie de ce soutien social inadéquat. Tout comme l'entretien de « débriefing psychologique » qui a pu avoir eu un rôle dans les difficultés actuelles de Monsieur Y. Par ailleurs, comme le souligne Ogle et al (2016) la perception de la gravité de l'évènement joue un rôle dans le traumatisme. Cela est rapporté par les deux patients.

Conjointement à ces facteurs (Jolly, 2000) met en évidence que 80% des sujets ayant présenté un ESPT souffrent de troubles psychiatriques concomitants. Il rapporte qu'environ 30 % risquent de développer une dépression, que 25 % présentent des troubles anxieux ou encore que 50% consomment de l'alcool, des médicaments ou d'autres évitements liés au traumatisme. Dans le cas de Monsieur A et Y nous pouvons observer la mise en place de ces stratégies d'évitement mais aussi, via l'évaluation, de la présence d'affects dépressifs. Ceux-ci étant, a priori, liés au traumatisme et n'étant pas encore chronicisés.

Tant pour Monsieur A que Monsieur Y l'évènement traumatisant et les problèmes psychologiques associés illustrent parfaitement le modèle de conditionnement pavlovien, où un stimulus neutre est suivi par un stimulus aversif. Le pairage des deux entraînera, lors de la présence du stimulus neutre, des réactions de peur anticipatoire c'est-à-dire une réponse conditionnée. Dans les deux cas le ESPT s'explique par un conditionnement classique aversif où des stimuli neutres (objets, cognitions, sensations physiques...) étaient présents en même temps que le stimulus inconditionnel (l'évènement traumatisant) entraînant l'acquisition des

propriétés aversives de ce stimulus. De cette façon, les stimuli neutres deviennent des stimuli conditionnels. Ainsi, la présence d'un des stimuli conditionnés provoquera une réponse conditionnée, c'est-à-dire une réponse anxieuse similaire à celle provoquée par l'événement traumatisant original. Parallèlement à cet apprentissage, on peut observer dans les modélisations processuelles de Monsieur A et Monsieur Y que ceux-ci ont appris, par conditionnement opérant, à utiliser des comportements d'évitement dans le but de ne pas être exposés aux stimuli conditionnels aversifs. Ceci illustre bien le fonctionnement par renforcement. C'est ce qui est décrit dans le modèle des deux facteurs de Mowrer (1960). Ce modèle de conditionnement de la peur est considéré comme un modèle valide pour le syndrome de stress post-traumatique (Grillon, 2008) et est aussi très pratique lors de la psychoéducation. Celui-ci a été complété notamment par des considérations du modèle de traitement émotionnel de l'information de (Foa, E.B., Kozak, 1986; Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Steketee, 1989) qui souligne l'importance du caractère imprévisible et incontrôlable du stimulus aversif. Centré sur la structure de la peur, ce modèle permet d'expliquer pourquoi l'émotion peut être rapidement et facilement réactivée. L'exposition à des stimuli internes ou externes conditionnés permet l'activation de tout le réseau d'interconnexions d'informations. Celle-ci entraîne le déclenchement de symptômes intrusifs tels que les reviviscences ainsi que les réponses affectives, physiologiques et comportementales associées. Monsieur Y explique être passé d'une sensation de contrôle à l'impression que tout pouvait arriver et sans qu'il puisse véritablement agir. Ceci permet d'expliquer aux patients la source de ce sentiment de danger permanent et ainsi normaliser leur expérience. Sur base de la modélisation holistique, de la conceptualisation processuelle et des théories explicatives, la thérapie par exposition semble la plus indiquée, d'autant plus qu'elle correspond à la prise en charge ayant fait le plus la preuve de son efficacité. Celle-ci a été facilement acceptée et mise en place par les patients. Nous avons pu élaborer une liste des stimuli pouvant déclencher de l'anxiété en respectant certaines recommandations de la littérature (Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Vervliet, 2014) dans le but de maximiser l'apprentissage inhibiteur de la réponse conditionnée de peur. La mise en place des exercices d'exposition a aussi permis d'affiner la liste que nous avons élaborée. Par exemple, Monsieur Y a pu commencer par des expositions simples aux arrêts de bus et rapidement à l'arrêt de bus de l'accident. Puis conduire sa voiture en passant spécifiquement sur des éléments déclenchant l'anxiété comme les dos d'âne. Son exploration l'a poussé à essayer spontanément de ramasser quelques branches d'une dimension proche de celle d'un tibia pour s'entraîner à rouler dessus. Puis à réaliser en voiture le parcours qu'il faisait en bus ainsi que dans des zones du centre-ville où il y avait de la foule. La période de

confinement a ralenti certains exercices et notamment le fait de pouvoir rouler dans des zones fortement fréquentées. Le maintien du service de transport en commun a toutefois permis au patient de pouvoir réaliser quelques expositions en étant dans le bus qu'il conduisait à la place passager au niveau du conducteur. L'implication de Monsieur Y et de Monsieur A a été remarquable, ceux-ci semblant prendre l'exercice comme un entraînement sportif et saisissant assez facilement la philosophie de la thérapie.

D'autres modèles tel que celui de (Janoff-Bulman, 1985) mettent l'accent sur l'impact que l'événement a sur les conceptions de la réalité des victimes (conception de sa relation avec le monde, de sa perception du monde et de sa perception de soi-même). Toutefois, sur base du PTCI-36 et des entretiens il semble que Monsieur A percevait déjà le monde comme dangereux et que Monsieur Y avait déjà des représentations d'inopérance le concernant. En conséquence l'événement est venu renforcer ces croyances. Seul deux points semblent avoir été modifiés et pouvant aller dans le sens de ces modèles. Pour Monsieur A la croyance qu'il n'arrive des agressions qu'aux agents ne restant pas à leur place, proche de ce qui pourrait être assimilé à « la croyance en un monde juste ». Et pour Monsieur Y le fait que des événements très graves ne peuvent pas lui arriver, proche de ce qui pourrait être assimilé à une forme « d'optimisme irréaliste ».

Tant dans l'intervention psychothérapeutique que dans l'explication des cas présentés ici le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique d'Ehlers et Clark (2000) est intéressant pour compléter les modèles précédents. En effet, tout comme les autres modèles il est centré sur la raison du maintien des symptômes du ESPT et soutient aussi la théorie de réseau. L'intérêt de ce modèle se place dans l'attention portée sur le processus d'évaluation et la perception d'un sentiment de menace actuelle. Dans les cas des deux patients, comme dans ce modèle, l'évaluation de la peur paraît comme centrale dans le problème psychologique. Celle-ci sous-tendrait des cognitions telles que « on ne peut pas faire confiance aux autres » ou « un événement peut arriver n'importe quand ». Ce modèle permet de présenter l'implication de réponses cognitives et comportementales dans la sensation de peur qui entraînent à court terme une baisse de la peur mais à long terme un blocage limitant le changement cognitif et favorisant le maintien du ESPT. Dans le cas de Monsieur A et Monsieur Y il s'agit d'évitements combinés à des biais cognitifs et comportementaux qui tendent à confirmer l'évaluation négative que ceux-ci font de leurs difficultés psychologiques. L'utilisation de ce modèle dans la psychoéducation a permis de pointer les comportements (ex. siestes, alcoolisation,

benzodiazépine) et les stratégies cognitives (ex. ruminations) visant à réduire le sentiment de menace. Cela a permis de mettre plus facilement en lumière les cercles vicieux et a certainement permis de faciliter l'adhésion des patients aux choix des interventions. Une partie des cognitions ont pu être observées et travaillées via le questionnaire PTCI-36 soulignant un certain degré d'adhésion à différentes cognitions. On retrouve deux axes principaux chez ces deux patients. En effet, pour Monsieur A la thématique « le monde est dangereux » apparaît comme centrale alors que pour Monsieur Y la thématique correspond davantage au « C'est ma faute » ainsi que « Je suis nul, incompetent, faible ». S'il est évident que des liens entre ces cognitions et l'évènement traumatisant existent, il semble que ces croyances étaient déjà présentes et n'ont été qu'exacerbées par l'évènement. Ainsi, un travail psychothérapeutique a été fait avec ceux-ci notamment par l'utilisation du questionnement socratique, la recherche de distorsions (M A. l'attente de justice, l'inférence arbitraire/ erreur de prévision, l'abstraction sélective et M Y. sur généralisation, blâme de soi, l'abstraction sélective) et le calcul de probabilités. Mais aussi plus particulièrement pour Monsieur Y. la réalisation de tartes des attributions causales, devoir dresser des listes de compétences, pratiquer la décentration, distinguer faire et être (« Je suis nul, incompetent » versus « Je n'ai pas réussi à faire ça ») et enfin tendre à l'acceptation de soi par des exercices de bienveillance.

Si d'autres modèles tels que le SPAARS (Power, M., Dalgleish, 1997, 2008) ou encore MACS (Philippot, 2007) apparaissent intéressants pour la compréhension de la problématique ESPT ils m'apparaissent comme globalement difficilement « vulgarisables » pour être entièrement saisis. Ainsi, j'ai utilisé certaines parties du modèle MACS pour expliquer des processus tels que les ruminations avec le verrouillage cognitif impliquant les réseaux associatifs émotionnels, le système schématique (e.g. impuissance, vulnérabilité) ainsi que le système conceptuel (e.g. agression, accident). Le travail réalisé à l'aide du PTCI-36, notamment restructuration et défusion cognitive, a beaucoup semble-t-il facilité la diminution des ruminations abstraites.

Entourant l'explication et la compréhension des cas de Monsieur A et Monsieur Y, aider les patients à faire la distinction entre la notion d'intrusion, de reviviscence et de flashback, a été un des aspects les plus difficiles je trouve. Afin de faciliter la distinction entre ces différentes entités j'ai apporté une définition pour chacune permettant, il me semble, une meilleure compréhension sans trahir la littérature. Ainsi les intrusions sont des rappels d'éléments de l'évènement traumatique de manière involontaire et non-consciente. Elles sont des sensations rapides et succinctes (images, sons, goûts, odeurs, sensations corporelles) (Ehlers, 2010) et sont

le plus fréquemment des intrusions visuelles, puis kinesthésiques, auditives, olfactives et enfin gustatives (Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., Winter, 2002; McNally, 2006). Dans le cas de Monsieur A il s'agissait essentiellement des images du bus et de l'arrêt et bruit de fermeture de la porte du bus. Pour Monsieur Y de la couleur du sang avec comme un gout de fer ainsi que des images du bus. Les reviviscences correspondent davantage à des impressions sensorielles, plutôt que de pensées et peuvent être des sensations physiques. Ces ré-expériences sont très courtes et décousues et centrées sur des détails spécifiques de l'évènement. Dans le cas de Monsieur A il s'agissait essentiellement de l'image du poing de son agresseur et une sensation de basculer en arrière. Pour Monsieur Y une sensation de saut ou de vibrations/irrégularités. Concernant les flashbacks Tapia et al (2007) expliquent qu'ils sont des « impressions soudaines », « comme si » l'évènement allait se produire à nouveau. Lors de cette manifestation la personne a le sentiment que l'évènement est en train de se produire ce qui provoque des réactions émotionnelles, physiologiques et physiques intenses. Ce phénomène n'a pas été particulièrement difficile à identifier par les deux patients et c'est d'ailleurs ce qui avait déclenché les comportements de binge drinking chez Monsieur Y. Durant le suivi il a été fait un lien avec les pensées intrusives et la théorie des processus ironiques du contrôle mental de Wegner (1994). Celle-ci s'observe notamment dans la conceptualisation processuelle, où Monsieur A et Y engagent des ressources cognitives dans le but d'inhiber certaines intrusions ce qui a pour effet de subir un « effet rebond » au niveau de la sensation d'inconfort et d'humeur davantage négative et non de la fréquence, comme le souligne Purdon C. (2005). Cette partie du suivi a pu permettre aux patients de prendre conscience de la différence entre cognitions et métacognitions. L'identification de certaines métacognitions telles que des croyances d'incontrôlabilité et de danger pour Monsieur Y et de manque de confiance en ses cognitions pour Monsieur A. a aidé à la défusion cognitive. Il aurait été pertinent d'évaluer plus spécifiquement ces processus avec le MCQ-30 par exemple.

Si les intrusions, reviviscences et flashbacks sont une des sources importantes de détresse paradoxalement je n'ai pas l'impression qu'elles soient particulièrement évaluées dans ma pratique. En effet, en dehors du questionnaire « PTSD Checklist for DSM-5 » (PCL-5) ainsi que de l'utilisation de certains contenus pour élaborer les séances d'expositions je ne mets/propose pas un agenda permettant une évaluation fine et continue par exemple. Pour Monsieur A et Monsieur Y dans la PCL-5 l'item « Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante. » et l'item « Se sentir ou agir soudainement comme si

vous viviez à nouveau l'expérience stressante. » ont été évalués « extrêmement » en début de suivi et ont été évalués « pas du tout » ou « modérément » à l'issue du bilan.

Dans les deux conceptualisations nous pouvons observer que les patients ont des difficultés liées au sommeil. Ces difficultés favorisent un état de fatigue et donc une baisse des ressources permettant de faire face aux difficultés. Les troubles du sommeil apparaissent comme étant fréquents dans la symptomatologie du ESPT; majoritairement l'insomnie (92% des patients) ainsi que les cauchemars qui sont observables chez 60 à 90% des patients. Considérant que ceux-ci sont faiblement améliorés dans le cadre des traitements habituels (Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., Peskind, E.R., Raskind, 2008), en plus de la détresse qu'ils suscitaient particulièrement chez Monsieur Y, c'est une des raisons qui a aussi motivé l'adaptation de l'intervention en ajoutant un module spécialement centré sur les cauchemars. Les cauchemars n'ayant pas une telle incidence chez Monsieur A ceci n'a pas implémenté dans sa prise en charge comme présenté en Annexe « Évolution du suivi psychothérapeutique de Monsieur A. ». Durant les cauchemars, les patients rapportent et principalement Monsieur Y, vivre des affects d'une intensité aussi forte qu'au moment de l'évènement initial. De plus, leur réveil est marqué par l'angoisse pour Monsieur Y (sueurs et agitation) et par un sentiment d'impuissance pour les deux patients. Ceux-ci semblent survenir pendant toutes les phases de sommeil, ce qui accroît la peur de l'endormissement ou du ré-endormissement ce qui accentue l'insomnie d'autant plus chez Monsieur Y. Vecteur important de détresse il a été choisi d'utiliser la « thérapie par révision et répétition de l'imagerie mentale » (IRT) qui vise la maîtrise du contenu cauchemardesque (Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T., Koss, 2004). L'IRT a été préféré à l'exposition puisqu'elle réduit plus rapidement, a priori, la fréquence des cauchemars (Kunze, A.E. , Lancee, J. , Morina, N., Kindt, M., Arntz, 2016; Lancee, J., Spoormaker V.I., Van den Bout, 2010) ce qui été principalement l'effet escompté. Ainsi, Monsieur Y devait choisir puis modifier le scénario d'une séquence du cauchemar en ajoutant des éléments agréables ou aidants. Hobson J. A. (2009), préconise de repenser à ce scénario modifié avant de dormir. Avec Monsieur Y il a été décidé de repenser celui-ci au réveil quand il y a eu des cauchemars dans le but de diminuer la persistance de ceux-ci dans la journée. Ces choix s'appuient sur des méta-analyses basées sur des essais non contrôlés qui mettent en évidence une baisse de la fréquence des cauchemars, une amélioration de la qualité du sommeil ainsi qu'une amélioration de la symptomatologie globale (Casement, M. D., Swanson, 2012; Hansen, K., Höfling, V., Kröner-Borowik, T., Stangier, U., Steil, 2013). L'ajout d'une mesure de fréquence et d'intensité des

cauchemars à l'agenda de sommeil a permis d'objectiver une baisse significative de ceux-ci pour les deux dimensions évaluées. Si les mesures et la satisfaction rapportée par les patients laissent à penser que l'IRT a été efficace, l'intrication des problématiques me fait privilégier un effet synergique du fait de l'utilisation conjointe d'outils TCC sur les insomnies (TCC-I). Celles-ci sont caractérisées par une augmentation des délais d'endormissement et de ré endormissement. Cela a pour conséquence une augmentation du temps passé au lit en vue de compenser le sentiment d'épuisement mais aussi des stratégies de compensation telles que les siestes qui remplissent aussi la fonction d'évitement. Enfin, comme le souligne (Hawkins, E. J., Malte, C. A., Imel, Z. E., Saxon, A. J., Kivlahan, 2012) l'anxiété et les troubles du sommeil sont des facteurs importants, favorisant la consommation de benzodiazépines chez plus de 20% des patients traumatisés. Une des hypothèses de travail était aussi qu'améliorer les cauchemars traumatiques (baisse de l'intensité et de la fréquence) ainsi que la qualité du sommeil pourrait indirectement permettre de diminuer l'usage des benzodiazépines. Cet aspect est davantage développé dans la partie « Dispositions médicamenteuses » qui suit. Mise en parallèle avec l'évolution du suivi de Monsieur A et de Monsieur Y, je ne peux pas affirmer que cette hypothèse est vérifiée. Cependant, il semble que la prise en charge du sommeil et des cauchemars semble avoir été un cadre rassurant favorisant l'adhésion, la mise en œuvre du sevrage et le maintien de celui-ci. Si la TCC-I montre avoir un impact modéré sur l'anxiété (Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, 2011) ici l'effet recherché visait avant tout une amélioration de la qualité du sommeil pour diminuer la fatigue des patients ce que la TCC-I fait dans le cas de l'ESPT (Kim, 2013). Ainsi, sur base des recommandations de Morin et Benca (2012), le module sommeil a débuté, en association à l'agenda de sommeil, par de la psychoéducation centrée sur l'hygiène du sommeil et de l'application de ces règles pour améliorer le ratio temps passé au lit/temps de sommeil. Ceci associé au contrôle des stimuli dans le but de réduire les associations négatives faites avec le lit et la chambre ainsi qu'à un travail de restructuration cognitive. Un entraînement à la relaxation, ici relaxation progressive Jacobson combiné à une technique de respiration, est préconisé pour faciliter les phases d' (re)endormissement. Durant le suivi, nous avons pu observer une baisse subjective de la pression à dormir (non évaluée) ; des horaires de sommeil permettant un meilleur engagement dans les activités sociales (M A. : 23h-6h et M Y. : 00h-7h) ; un temps passé au lit proche du temps de sommeil notamment du fait d'un raccourcissement du délai d' (re)endormissement (entre 15 et 35min). La baisse de la fragmentation du sommeil (M A. : 4>1 et M Y. : 7>2) a été principalement observable chez Monsieur Y du fait de la baisse significative des cauchemars passant en moyenne de 2-3 par nuit à 0.

Les deux modélisations mettent en évidence le rôle des difficultés psychologiques dans la dégradation de la sphère sociale de Monsieur A et Y. Cette dégradation est marquée par un désengagement dans les activités sociales significatives ainsi qu'une dégradation de la qualité des relations avec les proches. De cette façon, elle majore les affects dépressifs en favorisant l'isolement ainsi que l'inactivité. Les modélisations processuelles appuient cela notamment par l'identification, en entretien et rapportées par les patients, de ruminations qui est un facteur important d'affects négatifs. Ces difficultés s'observent facilement dans le cas de chacun des patients présentés ici notamment via l'Outcome Rating Scale (ORS) (voir annexe) montrant que le « social » et l'« interpersonnel » étaient les moins bien cotés. Il a donc été décidé de rapidement travailler ceci en engageant aussi la famille dans le cas de Monsieur A. et la conjointe dans le cas de Monsieur Y. De cette façon, limiter l'isolement, favoriser l'activation comportementale tout en minimisant les conséquences négatives dans le sens où toutes les personnes – patient et proches – engagées dans l'activité avaient connaissance qu'une réaction de colère, par exemple, était à associer au trouble et non à la personne. Par ailleurs ce choix s'appuie aussi sur certaines données de la littérature (Fellrath, 2009) indiquant que les symptômes dépressifs et anxieux semblent prédire la sévérité des reviviscences. Cette influence s'estomperait dès lors que les symptômes de dépression et d'anxiété sont contrôlés. Cette façon de prendre de la distance a permis de plus facilement dédramatiser et de remettre davantage de lien notamment entre Monsieur A et ses filles ainsi qu'entre Monsieur Y et sa conjointe. Dans l'évaluation nous pouvons voir qu'à la suite des entretiens de famille – séance 4 pour Monsieur A et séance 2 pour Monsieur Y – les scores de la dimension sociale et de la dimension interpersonnelle ont significativement augmentés. A la clôture du suivi de Monsieur la dimension interpersonnelle apparaît comme celle ayant la meilleure évolution et la meilleure évaluation. Le patient explique cela du fait d'avoir retrouvé une relation encore plus forte avec sa compagne ainsi que de la sérénité de ne plus avoir le poids du « mensonge » et de la peur de devenir alcoolique face à ses parents. Comme discuté à la suite des résultats du bilan, l'évaluation de ces dimensions pour Monsieur A. semble être impactée par un certain niveau d'exigence notamment vis-à-vis de la relation avec ses enfants.

Dispositions médicamenteuses

Si plusieurs études suggèrent un intérêt pour la prescription de Prazosine (médicament antihypertenseur, appartenant à la classe des alpha-bloquants) du fait de l'observation de la réduction des cauchemars, d'une amélioration de l'efficacité du sommeil ainsi que d'une amélioration globale des symptômes du ESPT, celles-ci sont essentiellement, à ma

connaissance, faites auprès d'hommes exposés à des traumatismes de guerre (Simon, P. Y., Rousseau, 2017). Les tailles d'effets de cette prise en charge médicamenteuse étant similaires à celles observées dans les prises en charge psychothérapeutique (Augedal, A.W., Hansen, K.S., Kronhaug, C.R., Harvey, A.G., Pallesen, 2013) ces dernières ont donc été privilégiées. Ainsi en concertation avec le médecin traitant de chacun des patients il a été discuté du sevrage des benzodiazépines et de l'instauration d'un antidépresseur. Cette concertation a été relativement facile avec le médecin traitant de Monsieur A. qui a orienté la médication vers un antidépresseur sélectif de la recapture de la sérotonine (SSRI) – traitement de référence pour ESPT – et selon le médecin du fait de la présence d'affectifs dépressifs. Une réévaluation à 12 semaines a été décidée. Le protocole de sevrage aux benzodiazépines a été rapide et facilement accepté par le patient comme l'ECAB le laissait supposer et le traitement SSRI a été stoppé lors de la réévaluation. Un schéma simple a été proposé c'est-à-dire diminuer de 10% la dose initiale toutes les 2 semaines. Après les premières semaines Monsieur A. a arrêté spontanément la prise médicamenteuse sans effets rebonds significatifs. Concernant le traitant de Monsieur Y cette concertation a été plus laborieuse et finalement un sevrage des benzodiazépines a été obtenu. Cotant plus fortement à l'ECAB il a été décidé de diminuer de 10% la dose initiale toutes les 2 semaines en fonction de l'agenda de sommeil et de critères motivationnels (se sentir prêt, se sentir capable, que ce soit le bon moment). L'évolution favorable de la qualité de sommeil, de la baisse de la fréquence ainsi que de l'intensité des cauchemars a permis à Monsieur Y. de maintenir une baisse constante de la médication. A la fin du suivi Monsieur Y. n'avait pas encore terminé son sevrage. Il comptait clôturer celui-ci avec soutien de son médecin traitant et entretiens ponctuels si besoin.

8. Élaboration du plan thérapeutique.

Les modélisations holistiques ont servi de base aux différentes propositions et à la mise en place des interventions. Celles-ci ont été complétées par la suite à l'aide principalement du modèle du conditionnement de Mowrer (1960) et du modèle cognitif du ESPT de Ehlers & Clark (2000) ce qui a fait sens pour les patients. En mettant, par exemple, en évidence notamment chez Monsieur Y. le rôle de ses stratégies dysfonctionnelles dans le maintien de son mal être. Sur base des entretiens, les motivations à la prise en charge de Monsieur A. et Y. semblent être bonnes. Il est gardé à l'esprit que la motivation est une composante fluctuante et que celle-ci sera d'autant plus à surveiller notamment dans les cas où la progression aurait tendance à stagner, où des facteurs externes viendraient épuiser ces Messieurs ou encore dans la phase où le sevrage débutera puisque cela suscite souvent une anticipation anxieuse mais aussi certains

symptômes de sevrage donnant l'impression aux patients de rechuter. Globalement, comme présenté dans la partie 3 « inventaire des problèmes psychologiques et des ressources. » les patients disposent de ressources suffisantes permettant de faire face et d'établir un plan thérapeutique qui m'apparaît complet.

Contrat thérapeutique (objectifs, moyens et dispositions pratiques)

La prise en charge du ESPT s'effectue entre 8 à 12 séances en cas d'un traumatisme unique, mais peut être prolongée en cas de troubles comorbides (Foa, E.B., Keane, T. M., Friedman, M.J., Cohen, 2010). Considérant l'usage des benzodiazépines ainsi que de l'alcool pour Monsieur Y, il a été convenu que la durée de la prise en charge pourrait être prolongée de plusieurs séances sans en préciser le nombre. Les objectifs ont été déterminés à la séance 3. Il a été convenu que les entretiens dureraient entre 45 et 60min et auraient lieu toutes les semaines dans un premier temps puis seraient espacés toutes les 2 semaines et enfin que ceux-ci pourraient être espacés de 3 semaines lors d'une évolution clinique significative. Enfin, il a été expliqué que les entretiens pourront aussi avoir lieu en dehors du cabinet de consultation et que ces modalités seraient discutées. L'évaluation a été expliquée comme présentée dans le tableau ci-dessous c'est-à-dire sur base des objectifs visés en présentant les moyens thérapeutiques et les outils utilisés, ceux-ci présentés en « Annexe IV Récapitulatif des outils d'évaluation »

Monsieur A		Monsieur Y	
Objectifs	Moyens	Objectifs	Moyens

- Affects dépressifs et anxiété : baisse de moitié des scores références aux différentes échelles et de 20 points PCL-5 - Arrêter la prise de benzodiazépines - Amélioration de la qualité de sommeil (endormissement <30min, moins de fragmentation du sommeil)	- Activation comportementale orientée vers le social - Stratégie d'exposition : par imagerie/ in vivo - Restriction du temps de sommeil et contrôle du stimulus - Psychoéducation (les croyances ; hygiène de sommeil ; pour les proches) - Technique de relaxation - Restructuration cognitive et défusion - Sevrage	- Affects dépressifs et anxiété : baisse de moitié des scores références aux différentes échelles et de 20 points pour la PCL-5 - Baisse des cauchemars (1 à 2 par semaine max) - Amélioration de la qualité de sommeil (endormissement <30min, moins de fragmentation du sommeil) - Arrêter la prise de Benzodiazépines - Arrêter l'alcoolisation excessive (comme coping)	- Activation comportementale orientée vers le social - Stratégie d'exposition : par imagerie/ in vivo - Restriction du temps de sommeil et contrôle du stimulus - Psychoéducation (les croyances ; hygiène de sommeil ; pour les proches) - Technique de relaxation - Restructuration cognitive et défusion - Sevrage
---	--	--	--

9.. Évaluation des interventions

L'ensemble des outils d'évaluation ainsi que leurs caractéristiques sont mis en annexe dans un tableau permettant d'observer notamment les objectifs qu'ils servent. Les choix des outils, des moments et de l'interprétation des évaluations se sont en majorité faits sur base de la littérature. D'autres critères sont venus moduler ces choix. En effet, concernant l'outil Session Rating Scale (SRS) c'est un choix personnel de le donner systématiquement dans mes suivis toutes les trois séances pour m'éviter certains biais comme proposer d'évaluer la relation aux personnes avec qui cela se passe bien ou encore aux moments où les séances se passent bien par exemple. Parallèlement l'ORS est aussi un outil que j'utilise systématiquement, il a la qualité de compléter le regard clinique et de faire un screen efficace sur la majorité des sphères pouvant

être impliquées dans les difficultés psychologiques des patients. Il constitue une alternative très brève de l'OQ-45 permettant d'évaluer la détresse subjective globale et est sensible au changement. Cette mesure continue permet facilement d'acter des modifications et apparaît comme étant un levier motivationnel intéressant pour soutenir le travail du patient.

L'utilisation de l'agenda de sommeil vient appuyer une partie prévention à différents niveaux : d'une part, anticiper des symptômes résiduels fréquents après une prise en charge centrée sur le ESPT (Mascarel, P., Poirot, I., Lardinois, M., Debien, C., & Vaiva, 2019) et d'autre part, intervenir sur un des facteurs de maintien du trouble puisque l'on retrouve souvent de l'insomnie chronique et des cauchemars traumatiques tels que dans les deux cas présentés. Il est un outil très complet permettant objectivement d'observer les difficultés, leurs répercussions, et d'orienter thérapeutiquement les patients. Il a par ailleurs été adapté en agenda des cauchemars pour observer s'il y avait une modification de la fréquence et de l'intensité de ceux-ci et envisager, le cas échéant, une thérapie par répétition et révision en imagerie mentale (IRT). L'ECAB vient souvent compléter cet outil puisque l'utilisation chronique des benzodiazépines est généralement observée dans ces cas. En parallèle des changements de comportement concernant les difficultés de sommeil, ce questionnaire a permis de situer les patients et leur évolution notamment en ce qui concerne Monsieur Y. dans leur attachement à cette molécule conjointement à l'amélioration de leur sentiment d'efficacité à trouver le sommeil et adapter la vitesse du sevrage.

Concernant les mesures centrées sur le ESPT, le PTCI-36 est intéressant pour observer les cognitions des patients et voir leur évolution. Le choix d'une passation à T1 et T5 est soutenu par le but d'une part d'observer si des changements sont déjà apparus, et d'autre part, de mettre en lumière pour le patient que celles-ci sont modifiables. La mesure à T10 (bilan) sert à évaluer le travail comportemental et cognitif qui a été fait et à mesurer les changements. La PCL-5 vient soutenir – ou non – le regard clinique et les ressentis des deux patients pour mettre en évidence dans quelle mesure le travail a permis de s'écarter significativement ou non des critères du ESPT. Il est recommandé d'utiliser 5 points comme seuil minimum pour déterminer si une personne a répondu au traitement et 10 points comme seuil minimum pour déterminer si l'amélioration est cliniquement significative. Ces critères s'appuyant sur des versions antérieures de la PCL et n'ayant pas connaissance d'une littérature actualisée déterminant les nouveaux seuils, j'ai choisi une évolution à 20 points dans ma pratique clinique.

Monsieur Y. montrant des stratégies de coping davantage centrées sur l'évitement (e.g. benzodiazépine, alcool), un questionnaire sur le binge drinking et un agenda de consommation (J. M. Townshend, 2002) ont été utilisés pour évaluer l'évolution de cette stratégie. Seul l'agenda a été maintenu puisqu'il permettait un monitoring objectif des habitudes de consommation. Par ailleurs l'agenda semble plus adapté puisque le questionnaire est davantage centré sur les « soirées » alors que les consommations excessives sont parfois distribuées dans la journée ce qui minimise probablement la situation. J'ai fait le choix de ne pas utiliser des questionnaires tels que le MEAQ ou l'UPPS estimant avoir suffisamment d'informations pour intervenir et ne voulant pas surcharger davantage d'évaluations mes patients. Crainte que j'observe souvent dans ma pratique, malgré un usage spontané et volontaire du testing. Compte tenu de la problématique d'ESPT ne pas avoir utilisé le MEAQ constitue une limite importante de l'évaluation.

Ainsi ces pistes/hypothèses de travail ont été mises de côté pour l'évaluation. Les processus ont été discutés durant les séances et cela n'a pas mis en lumière la nécessité d'axer une évaluation et un travail spécifique à l'impulsivité. C'est certainement une limite de la prise en charge puisque la littérature rapporte notamment une importance de la facette « urgence » et des stratégies de régulation émotionnelle (Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., Gratz, 2013; Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., Gratz, 2012).

10. Intérêt pour la comparaison de ces prises en charge

J'ai choisi la prise en charge de ces patients car chacune constitue des suivis relativement brefs, ayant rencontré la plus grosse adhésion à l'approche présentée et ayant, dans une certaine mesure, rencontré un succès dans le sens où il y a eu une évolution clinique positive et significative au regard des mesures utilisées. La plupart des autres suivis sont plus longs, certainement du fait qu'ils s'attachent à un fonctionnement général et non à la « simple » résolution d'un trouble de l'axe I. De plus, il me semble qu'ils permettent de bien présenter le développement de l'ESPT tout en soulignant l'importance de « personnaliser » la prise en charge et le choix des techniques. La comparaison de ces deux cas permet aussi d'observer en partie le rôle des motivations ainsi que des buts/objectifs du patient. Monsieur A poursuit encore aujourd'hui le suivi psychothérapeutique dans le but de consolider le travail accompli. Monsieur Y a arrêté le suivi, estimant avoir suffisamment atteint ses objectifs (arrêt des coping dysfonctionnels, meilleure relation avec sa partenaire et reprise de son activité professionnelle). Par ailleurs, ils sont aussi de bons exemples du parcours d'un grand nombre de mes patients

rencontrant des difficultés psychologiques et qui sont prioritairement pris en charge médicalement. Le traitement dominant est le « benzodiazépine » malgré le fait qu'il soit connu comme relativement inefficace tant dans le ESPT (Guina, J., Rossetter, S.R., DeRhodes, B.J., Nahhas, R.W., Welton, 2015) que dans les insomnies (Reysset, 2010). Enfin en ce qui concerne l'évaluation, il est intéressant d'observer que la relation thérapeutique est évaluée plus positivement lorsque les avancées positives sont mises en évidence. En annexe on peut parfaitement voir le phénomène. De la séance 1 à 4 on peut voir un score globalement bon à la SRS mais progressivement en légère baisse puis de la séance 4 à 7 une hausse particulièrement marquée. L'évaluation intermédiaire étant à la séance 5 et le feedback en séance 6 on peut aisément supposer que c'est ceci qui est à l'origine d'une évaluation plus favorable. Il me semble que cela souligne qu'au-delà d'une bonne relation il est aussi primordial de soutenir les patients à l'aide de résultats permettant de pointer ce qui fonctionne ou non tout en sachant pourquoi. Dans ce sens, si le travail psychothérapeutique apparaît comme difficile à initier sans une relation de qualité, il apparaît d'autant plus difficile à maintenir sans une pratique basée sur les preuves.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric.
- Augedal, A.W., Hansen, K.S., Kronhaug, C.R., Harvey, A.G., Pallesen, S. (2013). Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 17(2), 143-152. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2012.06.001>
- Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M. È. (2011). Meta-analytic review of the impact of cognitive-behavior therapy for insomnia on concomitant anxiety. *Clin Psychol Rev*, 31(4), 638-652. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.004>
- Casement, M. D., Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995– 1002.
- Ehlers A., Clark, D. M. (2000). Cognitive theory of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A. (2010). Understanding and Treating Unwanted Trauma Memories in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychology*, 218(2), 141–145. <https://doi.org/10.1027 / 0044-3409 / a000021>
- Fellrath, J. (2009). *Souvenirs involontaires et inhibition : Quels liens avec les symptômes de reviviscences de l'Etat de Stress Post-Traumatique ?*.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Foa, E.B., Keane, T. M., Friedman, M.J., Cohen, J. A. (2010). *Effective Treatments for PTSD: Second Edition: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*.
- Foa, E.B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Steketee, G. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.

- Germain, A., Krakow, B., Faucher, B., Zadra, A., Nielsen, T., Hollifield, M., Warner, T., Koss, M. (2004). Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*, 14(4), 195–206. <https://doi.org/10.1037/1053-0797.14.4.195>
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety: evidence from startle studies. *Psychopharmacology*, 199(3), 421–437. <https://doi.org/10.1007/s00213-007-1019-1>
- Guina, J., Rossetter, S.R., DeRhodes, B.J., Nahhas, R.W., Welton, R. S. (2015). Benzodiazépines pour le SSPT. *Journal of Psychiatric*, 21(4), 281–303. <https://doi.org/10.1097 / PRA.0000000000000091>
- Hansen, K., Höfling, V., Kröner-Borowik, T., Stangier, U., Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 146-155.
- Hawkins, E. J., Malte, C. A., Imel, Z. E., Saxon, A. J., Kivlahan, D. R. (2012). Prevalence and trends of benzodiazepine use among Veterans Affairs patients with posttraumatic stress disorder, 2003-2010. *Drug and Alcohol Dependence*, 124(1–2), 154-161.
- Hobson, J. A. (2009). REM sleep and dreaming: towards a theory of protoconsciousness. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(11), 803-813.
- J. M. Townshend, T. D. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol and Alcoholism*, 37(2), 187–192. <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.2.187>
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake, Vol1 : The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder* (pp. 5–14). New York : Brunner/Mazel.
- Jolly, A. (2000). Données épidémiologiques, numéro spécial: Les syndromes psychotraumatiques. *Neuropsychy News Numéro Spécial: Les Syndromes Psychotraumatiques*, 20–22.
- Kim, B. (2013). *Impact du traitement des troubles du sommeil chez les personnes ayant un état de stress post-traumatique : une méta-analyse*.
- Kirkpatrick, H.A., Heller, G. M. (2014). Post-traumatic stress disorder: theory and treatment update. *Int J Psychiatry Med.*, 47(4), 337-346. <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h>
- Kunze, A.E. , Lancee, J. , Morina, N., Kindt, M., Arntz, A. (2016). Efficacy and mechanisms of imagery rescripting and imaginal exposure for nightmares: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 469. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1570-3>
- Lancee, J., Spoormaker V.I., Van den Bout, J. (2010). Cognitive-Behavioral Self-Help Treatment for Nightmares: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 79, 371–377. <https://doi.org/10.1159/000320894>

- Mascarel, P., Poirot, I., Lardinois, M., Debien, C., & Vaiva, G. (2019). Les troubles du sommeil et leur traitement dans le trouble stress post-traumatique. *La Presse Médicale*. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.08.002>
- McNally, R. J. (2006). Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(6), 271–277.
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet*, 379(9821), 1129-1141.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York : Wiley.
- Ogle, C.M., Rubin, D.C., Siegler, I. C. (2016). Maladaptive trauma appraisals mediate the relation between attachment anxiety and PTSD symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 301–309. <https://doi.org/10.1037 / tra0000112>
- Pelissolo, A., Maniere, F., Boutges, B., Allouche, M., Richard-Berthe, C., Corruble, E. (2007). Troubles anxieux et dépressifs chez 4425 patients consommateurs de benzodiazépines au long cours en médecine générale. *Encéphale*, 33, 32–38.
- Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie* (Mardaga). Wavre.
- Power, M., Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion From Order to Disorder* (Psychology). Hove.
- Power, M., Dalgleish, T. (2008). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. 2e édition (Psychology). New York.
- Purdon, C., Rowa, K., Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 43(1), 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.11.007>
- Reysset, A. (2010). *Les benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie : dangers liés à leur utilisation et alternatives thérapeutiques chez l'adulte*. Retrieved from <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00593244>
- Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., Bisson, J. L. (2009). Systematic review and metaanalysis of multiple-session early interventions following traumatic events. *Am J Psychiatry*, 166, 293–301.
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R., Wessely, S. (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Simon, P. Y., Rousseau, P. F. (2017). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(3), 186–198. <https://doi.org/10.1177/0706743716659275>

- Tapia, G., Clarys, D., Isingrini, M., El-Hage, W. (2007). Mémoire et émotion dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Canadian Psychology*, 48(2), 106–119.
- Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., Peskind, E.R., Raskind, M. A. (2008). Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study. *Biological Psychiatry*, 63(6), 629-632. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.07.001>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1–2), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017>
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.007>

Annexe I

Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel.

Selon le DSM-5 le problème rencontré par Monsieur A et Monsieur Y rentre dans la classification des troubles liés aux traumatismes et au stress correspondant au diagnostic de l'état de stress post-traumatique (ESPT). L'ensemble des critères ci-dessus sont partagés par les deux patients à l'exception de certains qui sont marqués par le signe ◀ lorsqu'ils ne concernent que Monsieur A et ▶ lorsqu'ils ne concernent que Monsieur Y.

A. Exposition à la mort réelle ou menacée, à des blessures graves ou à des violences sexuelles dans un (ou plus) des manières suivantes :

1. Vivre directement le ou les événements traumatisants.
2. Être témoin, en personne, des événements tels qu'ils se sont produits aux autres.

B. Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes d'intrusion suivants associés à l'événement (s) traumatique (s), commençant après l'événement (s) traumatique (s) :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires et intrusifs de l'événement ou des événements traumatisants.
2. Rêves pénibles récurrents dans lesquels le contenu et / ou l'effet du rêve sont liés à l'événement ou aux événements traumatisants.
3. Réactions dissociatives (p. Ex. Flash-back) dans lesquelles la personne ressent ou agit comme si les événements traumatisants étaient récurrents.
4. Détresse psychologique intense ou prolongée lors de l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect des événements traumatisants.
5. Réactions physiologiques marquées aux signaux internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent un aspect de l'événement ou des événements traumatisants.

C. Évitement persistant des stimuli associés aux événements traumatisants, commençant après l'événement ou les événements traumatisants se sont produits, comme en témoignent l'un des éléments suivants ou les deux :

1. Évitement ou efforts pour éviter des souvenirs, des pensées ou des sentiments ou étroitement associés aux événements traumatisants.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos ou étroitement associés aux événements traumatisants.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées aux événements traumatisants, début ou aggravation après le ou les événements traumatisants, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos de soi, des autres, ou le monde.

2. Cognitions persistantes et déformées sur la cause ou les conséquences du traumatisme événement (s) qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer les autres.

3. État émotionnel négatif persistant.

4. Intérêt ou participation considérablement diminué à des activités importantes.

5. Sentiments de détachement ou d'éloignement des autres.

E. Altérations marquées de l'excitation et de la réactivité associées aux événements traumatiques, débutant ou s'aggraver après le ou les événements traumatisants, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

◀1. Comportement irritable et accès de colère généralement exprimés comme une agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement téméraire ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

▶4. Réponse de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Troubles du sommeil (p. Ex. Difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D et E) est supérieure à 1 mois.

G. La perturbation provoque une détresse cliniquement significative ou une altération des ou d'autres domaines importants de fonctionnement.

H. La perturbation n'est pas attribuable à la physiologie

Annexe II

	Monsieur A									Monsieur Y								
Questionnaire	S1			S5			S10			S1			S5			S10		
PTCI-36	17,18			15.25			11.5			16.38			14.64			11.94		
	5.52	4.86	6.8	5.05	5	5.2	3.9	4	3.6	5.52	3.86	7	5.38	2.86	6.4	4.14	2	5.8
ECAB	5									7								
PCL-5	66			55			29			73			61			24		
Inventaire de Dépression de Beck	22			16			7			14			8			5		
Inventaire d'Anxiété de Beck	35			27			18			41			39			27		

Binge drinking Monsieur Y

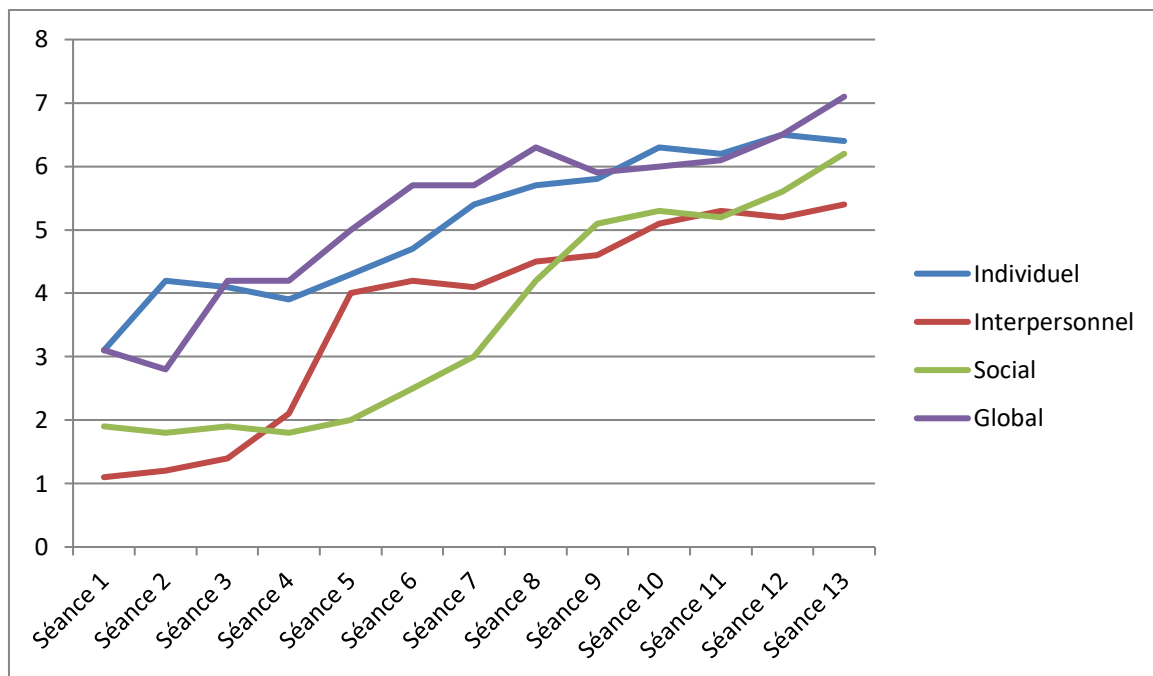
Quel est votre vitesse de consommation moyenne d'alcool (doses/heure) ?	2
Combien de fois avez-vous été ivre ces 6 derniers mois ?	8
Au cours des 10 dernières soirées combien de fois avez-vous été ivre ?	4

$$(4 \times Q1) + Q2 + (2 \times Q3) = 24$$

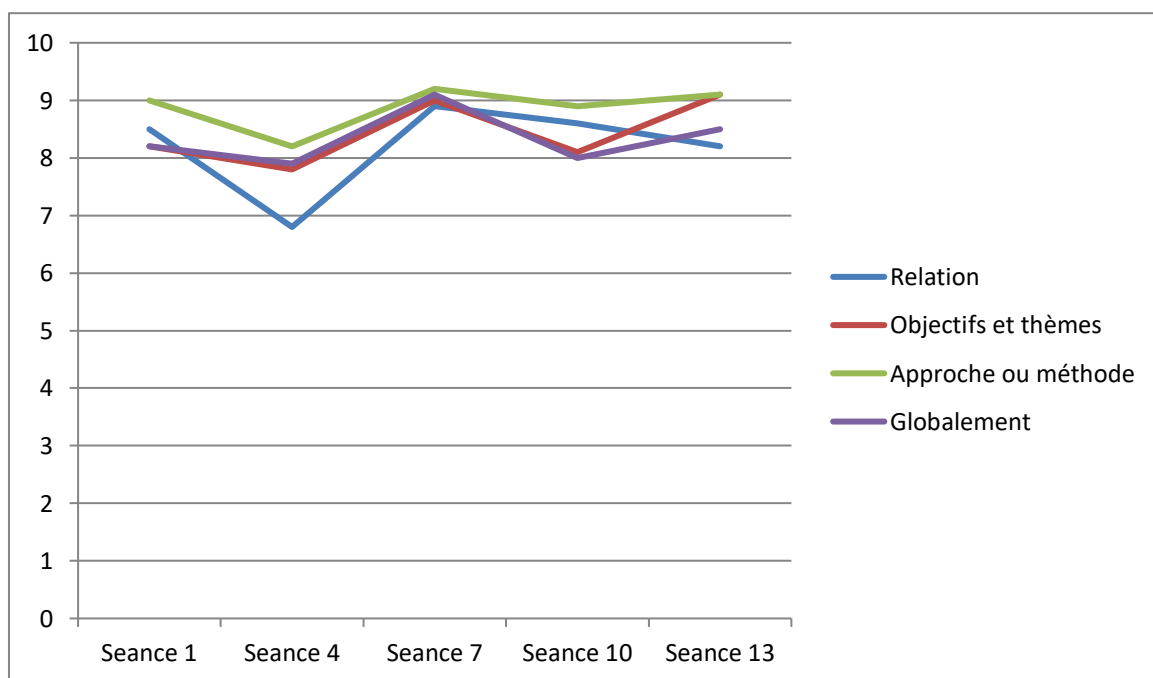
Limite supérieure du binge drinker modéré

Monsieur A

Outcome rating scale

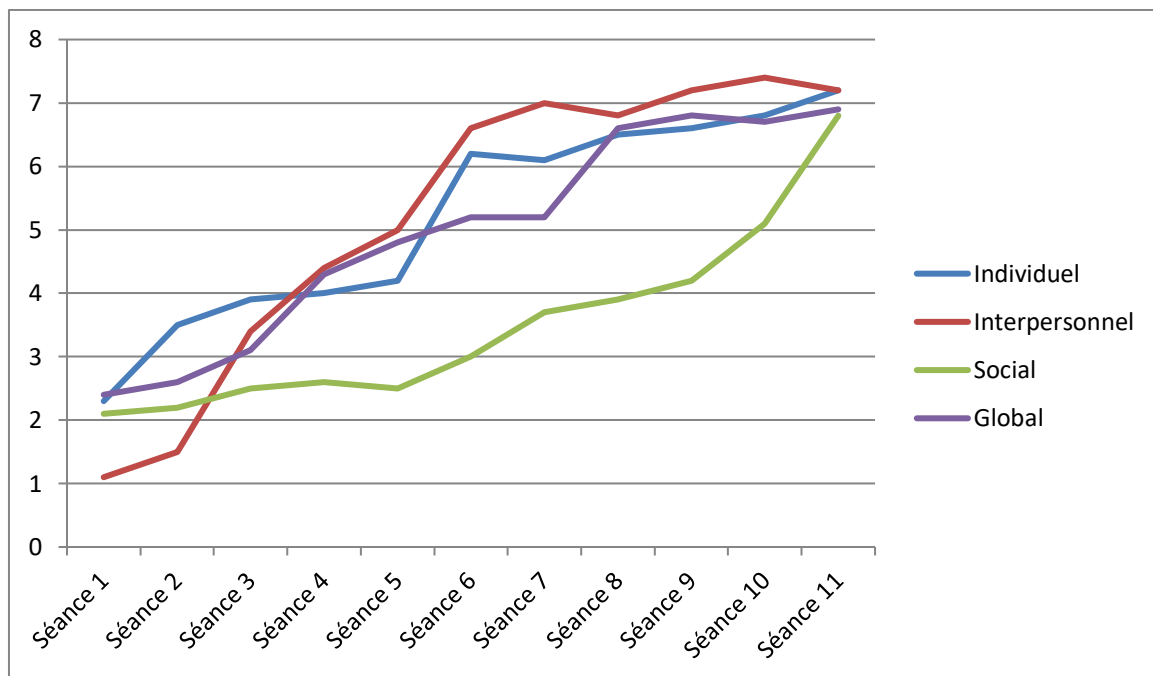


Session rating scale

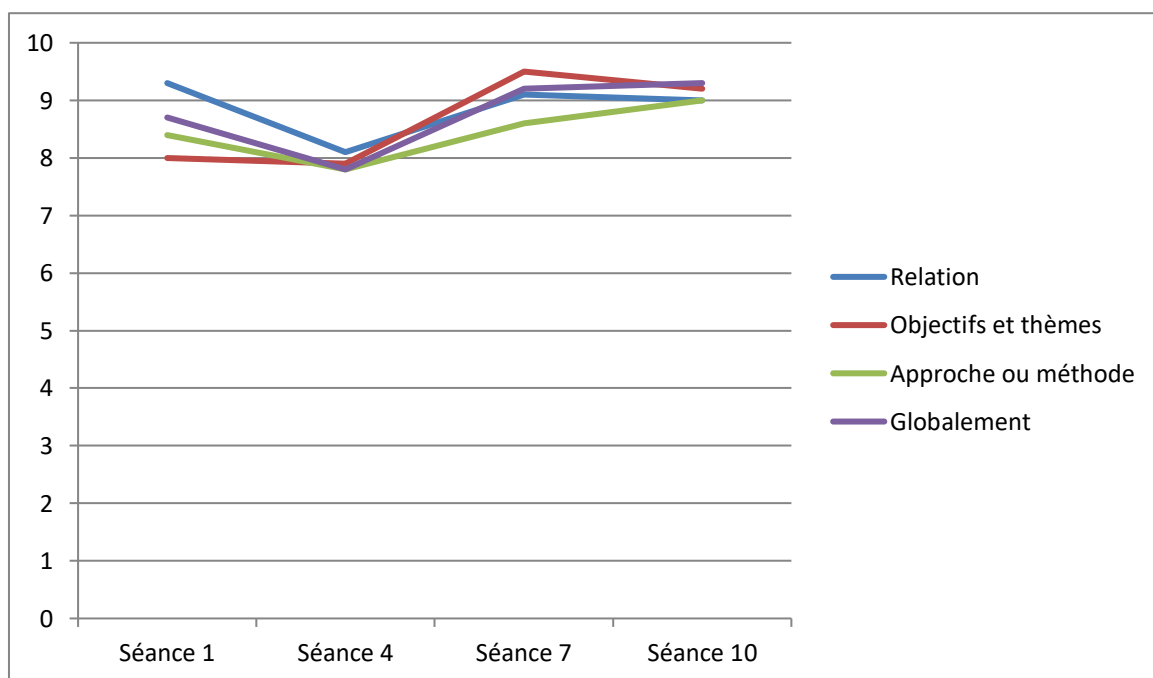


Monsieur Y

Outcome rating scale



Session rating scale



Annexe III

Évolution du suivi psychothérapeutique de Monsieur A.

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Séance 11	Séance 12	Séance 13
J 1 Anamnèse et transmission des questionnaires.	J 8 Poursuite de l' anamnèse, transmission des résultats des questionnaires et psychoéducation ; discussion du planning/contenu des sessions.	J 15 Psychoéducation sommeil, discussion d' une fenêtre de sommeil et du contrôle du stimulus. Technique de relaxation Jacobson.	J 22 Entretien Familiale (femme et enfants). Planification d' activités de loisir.	J 27 Psychoéducation et élaboration d' une stratégie d' exposition. Premier exercice à l' aide de vidéo Youtube durant l' entretien pour concrétiser.	J 41 Transmission des résultats des questionnaires. Retour sur la réalisation des expositions.	J 55 Point sur l' évolution de la qualité sommeil. Travail spécifique sur le contenu du PTCI-36. (questionnement socratique, recherche de distorsions et de biais associés à des calculs de probabilités).	J 69 Début du sevrage Benzodiazépine. Exercice d' exposition sur le lieu de l' agression.	J 83 Point sur : l' évolution de la qualité sommeil ; de la pratique d' activité de loisir ; de la situation familiale.	J 97 Arrêt Benzodiazépine. Point sur les exercices d' exposition.	J 111 (Début du suivi Skype) Transmission des résultats des questionnaires. Entretien sur l' évolution des résultats et observation de la courbe « outcome rating scale ».	J 125 Point sur l' évolution de la qualité sommeil. Travail spécifique sur le contenu du PTCI-36 et son évolution.	J 146 Entretien de suivi à trois semaines pour surveiller l' évolution

Évolution du suivi psychothérapeutique de Monsieur Y.

Séance 1	Séance 2	Séance 3	Séance 4	Séance 5	Séance 6	Séance 7	Séance 8	Séance 9	Séance 10	Séance 11
J 1 Anamnèse et transmission des questionnaires.	J 8 Poursuite de l' anamnèse, transmission des résultats des questionnaires et psychoéducation ; discussion du planning/contenu des sessions. Point de la situation avec sa compagne.	J 15 Début du sevrage Benzodiazépine. Psychoéducation sommeil, discussion d' une fenêtre de sommeil et du contrôle du stimulus. Technique de relaxation Jacobson. Début Imagerie des cauchemars.	J 22 Psychoéducation et élaboration d' une stratégie d' exposition. Premier exercice dans la rue du cabinet (arrêt de bus).	J 27 Point sur l' évolution de la qualité sommeil (cauchemars). Retour sur la réalisation des expositions. Planification d' activités de loisir et de couple. Listing des coping alternatifs.	J 41 Point sur l' évolution de la qualité sommeil. Transmission des résultats des questionnaires. Retour sur la réalisation des expositions et des activités.	J 55 Exercice d' exposition sur le lieu de l' accident	J 69 (Début du suivi Skype) Point sur l' évolution de la qualité sommeil et le PTCI-36. (la réalisation de tarte des attributions, devoir dresser des listes de compétences, pratiquer la décentration, distinguer faire et être).	J 83 Point sur : l' évolution de la qualité sommeil ; de la pratique d' activité de loisir ; de la situation conjugale et rescénarisation.	J 97 Travail d' observation de l' agenda de consommation.	J 111 (Début du suivi Skype) Transmission des résultats des questionnaires. Entretien sur l' évolution des résultats et observation de la courbe « outcome rating scale ». Clôture du suivi.

Annexe IV

Récapitulatif des outils d'évaluation

Outils d'évaluation	Objet de l'évaluation	Selon le client	Selon le thérapeute	Objectif	Subjectif	Fréquence
PCL-5	Symptômes ESPT	X			X	A la séance 1 puis si ORS + 3points pendant 2 semaines ou sinon séance 10 pour réévaluation.
Agenda de sommeil	Évolution symptomatique	X	X	X		Début séance 2. Utilisation quotidienne pour le patient. Observation à chaque séance.
Inventaire de Dépression de Beck	Affects dépressifs	X			X	A la séance 1 puis si ORS + 3points pendant 2 semaines ou sinon séance 10 pour réévaluation.
Inventaire d'Anxiété de Beck	Anxiété	X			X	A la séance 1 puis si ORS + 3points pendant 2 semaines ou sinon séance 10 pour réévaluation.
PTCI-36	Cognitions négatives/ dysfonctionnelles	X			X	A la Séance 1 ; 5 et 10 (bilan).

ECAB	Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines	X			X	A la Séance 1 ; 5 et 10 (bilan).
Outcome Rating Scale (ORS)	Évaluation du changement thérapeutique	X				Toutes séances
Session Rating Scale (SRS)	Évaluation de l'ajustement du thérapeute	X			X	Toutes les 3 séances depuis la séance 1
Auto-observation	Evolution symptomatique	X	X	X		En fonction des séances d'expositions
Questionnaire binge drinking	Évaluation	X		X		Séance 1
Agenda de consommation d'alcool	Évolution du coping	X	X	X		Début séance 2. Utilisation quotidienne pour le patient. Observation toute les deux séances
Feedback patient	Evolution de la plainte	X			X	
Regard clinique	Evolution de la plainte		X		X	