

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
RICHARD GAGNON

TRAITEMENT DU TROUBLE :  
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)  
PAR THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE

FÉVRIER 2005

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## SOMMAIRE

Le traitement du trouble État de stress post-traumatique (ESPT) requiert souvent le recours à plus d'une méthode thérapeutique puisque les symptômes et la comorbidité qui lui sont liés investissent plusieurs aspects de la personnalité. Cet essai met en relief, entre autres, l'importance d'avoir une compréhension articulée et approfondie de ce trouble avant d'entreprendre le traitement psychothérapeutique. À ce sujet, le modèle de formulation de cas cognitivo-comportementale (élaboré par Persons 1989,1993) s'avère avantageux dans le traitement de cette affection parce qu'il nous permet une analyse fonctionnelle qui englobe 7 paramètres. Une fois établie, cette analyse aide le thérapeute et son client à saisir la nature exacte des déficits et à choisir les méthodes d'intervention appropriées. Aussi, bien que la présentation du traitement est soutenue par l'histoire d'un cas, cet ouvrage se veut avant tout la description d'un processus d'interventions pour traiter l'ESPT. Somme toute, cette stratégie d'ensemble s'est avérée très efficace, alors que les résultats obtenus sont probants, dépassant même les attentes (objectifs) que nous nous étions fixés au départ.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	v
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : HISTOIRE DE CAS .....	6
1. État de stress post-traumatique (ESPT) .....	7
2. Présentation .....	11
3. Histoire psychosociale .....	12
4. Éléments essentiels du tableau clinique .....	13
5. Choix de l'approche psychothérapique .....	18
CHAPITRE 2 : MODÈLE DE FORMULATION DE CAS .....	20
1. Contexte historique .....	21
2. Présentation du modèle .....	23
3. Étape de l'élaboration de la formulation de cas cognitivo-comportementale .....	24
3.1 Dresser une liste de problèmes (symptômes) .....	24
3.2 Identifier les croyances de base .....	25
3.3 Facteurs (situations précipitantes et/ou activantes) .....	25
3.4 Hypothèses de travail .....	26
3.5 Les origines .....	26
3.6 Plan de traitement .....	27
3.7 Obstacles envisagés durant le traitement .....	27
4. Applications à la psychothérapie .....	28
5. Formulation de cas cognitivo-comportementale de M. B. ....	28
5.1 Liste de problèmes (symptômes) .....	28
5.2 Croyances de base .....	30
5.3 Facteurs (situations précipitantes et/ou activantes ) .....	31
5.4 Hypothèses de travail .....	31

5.5	Origines .....	34
5.6	Plan de traitement .....	37
5.7	Obstacles envisagés durant le traitement .....	43
5.8	Contrat thérapeutique .....	44
CHAPITRE 3 : DÉROULEMENT DE LA DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE ....		45
1.	Phase I .....	46
1.1	Établissement de l'alliance thérapeutique .....	47
1.2	Attitudes de base et conduite clinique .....	48
1.3	Psychoéducation et recadrement des phénomènes observés .....	50
2.	Phase II .....	56
2.1	La rééducation respiratoire .....	56
2.2	La respiration campée sur le diaphragme .....	58
2.3	La respiration profonde .....	59
2.4	La relaxation .....	60
2.5	Entraînement à la relaxation .....	61
2.6	Principes de base de l'approche cognitivo-comportementale ..	63
3.	Phase III .....	71
3.1	Stratégies d'exposition .....	72
3.2	Déconditionnement des mémoires et des réponses traumatiques .....	78
4.	Phase IV .....	92
CHAPITRE 4 : Discussion .....		99
CONCLUSION .....		110
RÉFÉRENCES .....		113
APPENDICES .....		120
Appendice A – Critères diagnostiques .....		121
Appendice B – Exemple de restructuration cognitive (RC) .....		125
Appendice C – Formulaire de consentement de divulgation d'informations .....		138

## REMERCIEMENTS

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son superviseur d'essai M. Gilles Dubois, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'UQTR, pour son intérêt, sa disponibilité et son soutien à la réalisation du présent ouvrage.

Par ailleurs, ces remerciements s'extensionnent à M<sup>me</sup> Marie-Claude Denis, Ph.D. et M. Michel Pléchaty, Ph.D. pour leur bons conseils et leur contribution au produit final de cet essai.

## **INTRODUCTION**

L'état de stress post-traumatique dont il est question dans cet essai est celui d'un homme travaillant au sein des forces armées canadiennes, référé pour assurer un suivi psychothérapeutique relatif à ce trouble. Certains facteurs liés à sa condition tels : le nombre de traumatismes vécus, l'intensité du trauma, les types de traumatismes et la période de temps à l'intérieur de laquelle ils ont été vécus rendent compte de la complexité du trouble présenté. Aussi, le présent travail se veut davantage la description d'un processus d'intervention pour traiter cette affection qu'une étude de cas proprement dite.

Il appert que cette blessure psychique existe depuis l'apparition de l'homme, traversant ainsi les siècles pour ne pas dire les millénaires. La terminologie pour qualifier cette affection de même que la compréhension du phénomène s'est manifestement transformée (a évolué) au fil des époques.

À cet effet, Crocq (2003) nous permet de dresser un portrait succinct de l'histoire du traumatisme qui nous ramène non seulement à ses premiers fondements, mais rend compte également du trajet de la maladie. De la peur du guerrier (900 ans av. J.-C.), cette nomination s'est transformée au XVII<sup>e</sup> siècle en

nostalgie pour désigner la dépression qui s'emparait des soldats. Au début des années 1800, les médecins de l'armée napoléonienne parlaient de syndrome du vent du boulet pour qualifier les états « confuso-stuporeux ». Pendant la guerre de Sécession, c'est le nom de « Soldier's heart » (trouble affectif du soldat) qui prévalait. Charcot, Janet et Freud, pour leur part, postulent la découverte de l'inconscient traumatique, d'où en émerge l'hystérie de conversion. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'Allemand Oppenheim propose d'accorder au tableau clinique l'identité diagnostique névrose traumatique, suivi d'un autre psychiatre allemand Honigan, qui crée le terme névrose de guerre qu'il considère comme une simple variété étiologique de la névrose traumatique. Les deux guerres mondiales renforcent la classification de névrose de guerre et l'additionnent de troubles psychosomatiques. C'est toutefois la guerre et l'après-guerre du Vietnam qui, selon l'auteur, a reproduit à grande échelle cette pathologie où la conduite d'assuétude (alcoolisme et toxicomanie) qualifiée maintenant de comorbidité, vient compliquer le tableau clinique en mettant en relief la complexité et les conséquences du trouble. C'est alors que la nosographie psychiatrique américaine s'est inscrite sous le nom de DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) tandis que sa révision successive nous conduit à l'appellation actuelle, soit le DSM-IV-TR à l'intérieur duquel la nomination contemporaine du trouble devient : Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) en anglais et/ou état de stress post-traumatique (ESPT) en français (voir le critère diagnostique du DSM-IV-TR, Appendice A).

Progressivement, l'étude du traumatisme a permis non seulement d'affûter la compréhension et de parfaire le traitement mais également de mettre en relief et de reconnaître le concept de résilience comme étant un ingrédient significatif dans la résolution de problème. Il est démontré que les personnes fortement exposées, comme les militaires, à des situations (guerre, mission de l'ONU et/ou de l'OTAN) qui menacent l'intégrité physique et psychologique sont à risque de développer cette affection. Dans ces circonstances, il appert que la capacité de résilience de la personne soit grandement sollicitée.

Aussi, nous nous proposons à travers cet essai, de décrire un processus d'intervention à l'intérieur duquel le modèle de formulation de cas cognitivo-comportementale élaboré *a priori* par Persons (1989, 1993), est utilisé, entre autres, à l'élaboration de l'analyse fonctionnelle et du plan de traitement. La présentation et l'application du traitement est soutenue par l'histoire d'un cas, ce qui enrichit le document et le rend plus dynamique.

Cet ouvrage comprend quatre chapitres distincts. Le premier a principalement trait à la présentation de l'histoire de cas étudiée. En plus de l'anamnèse et les éléments essentiels du tableau clinique, nous y retrouvons un bref survol des écrits sur ce sujet afin d'en permettre une meilleure compréhension. Le second présente le modèle de formulation de cas lequel, de façon pragmatique, nous permet d'articuler les problèmes de M. B. et d'élaborer

l'analyse fonctionnelle et le plan d'intervention en 4 phases distinctes. Le chapitre 3, pour sa part, est réservé au déroulement proprement dit de la démarche thérapeutique, tandis que le dernier fait place à la discussion suivie de la conclusion.

Enfin, bien que le concept de résilience ne se retrouve pas nécessairement au corps de l'essai, nous lui taillons une place de choix dans la discussion car ses attributs sont étroitement liés, à notre avis, aux résultats très positifs que nous avons obtenus.

## **CHAPITRE 1**

### ***Histoire de cas***

Avant d'aborder l'histoire de cas proprement dite, nous voulons sensibiliser le lecteur au phénomène étudié. Aussi, nous allons dans un premier temps faire un bref survol des écrits portant sur ce sujet afin d'en dresser un portrait et de saisir comment la compréhension de ce trouble a évolué. Par la suite, dans le but d'étayer les paramètres propres au client, nous présenterons l'anamnèse du sujet soit son histoire psychosociale et les éléments essentiels du tableau clinique. Finalement, nous préciserons le choix de l'approche psychothérapeutique pour effectuer le traitement.

## **1. État de stress post-traumatique (ESPT)**

Sans passer en revue l'ensemble des critères du DSM-IV-TR, nous mentionnerons que l'ESPT est une réaction psychologique à un événement traumatique intense, surtout lorsque l'intégrité physique est menacée : les symptômes les plus courants chez l'individu affligé de cette affection sont : les symptômes d'intrusions (souvenirs répétitifs et pénibles de l'incident – cauchemars associés au traumatisme – réviviscence – symptômes physiques

provoqués par le rappel de l'événement); les symptômes d'évitement et d'anesthésie émotionnelle (efforts pour éviter le rappel du traumatisme, comme la pensée, les sentiments, les conversations, les activités, les lieux, les gens – trous de mémoire – perte d'intérêt pour les activités normales – sentiment d'être coupé ou détaché des êtres chers – incapacité à éprouver des émotions – difficultés à envisager l'avenir); les symptômes d'hyperéveil (perturbation du sommeil – colère et irascibilité – problèmes de concentration – hypervigilance – fébrilité, réaction de sursaut); tandis que les problèmes connexes régulièrement rencontrés sont : l'anxiété, la dépression, l'abus de l'alcool et les drogues, les répercussions sur les relations interpersonnelles et la vie professionnelle (Anciens combattants Canada, 2001).

L'ESPT a donné lieu à de nombreuses publications et articles traitant de cette pathologie qui aménage « la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (Crocq, 2003).

Même si par le passé les recherches et la compréhension du traumatisme étaient fortement teintées des séquelles liées et/ou découlant des guerres, aujourd'hui il en est tout autrement. Principalement depuis la guerre du Vietnam, l'étude du phénomène s'est grandement élargie rendant compte maintenant de plusieurs événements jugés critiques pour l'équilibre psychique jusqu'alors

minimisés tels : viol, meurtre, suicide, accident, inondation, catastrophe aérienne, violence familiale, inceste, etc. (Black, 2002).

De ces recherches découlent des informations intéressantes. Par exemple, aux États-Unis 61 % des hommes et 51 % des femmes sont exposés à un événement traumatique au moins une fois dans leur vie. De ce nombre, 5 % des hommes et 10 % des femmes (dans la population en général) vont développer un ESPT, et près de 25 % de ces derniers ne réussissent pas à s'en sortir, même après plusieurs années (Kressler et al., 1995). Servan-Schreiber (2003) pour sa part précise que 50 % des femmes continuent à remplir les critères diagnostiques 10 ans après une attaque personnelle. Dans un tout autre contexte, l'auteur stipule que 15 % des patients cardiaques vont développer un ESPT dû à l'intervention médicale elle-même. Fontana et Rosenbeck (1996) mentionnent que 20 ans après la guerre du Vietnam, 15 % des vétérans souffrent toujours d'un ESPT tandis que Meichenbaum (1994) met en relief que 80 % des patients souffrant d'un ESPT ont au moins un autre désordre en comorbidité (dépression, alcoolisme, somatisation, dysfonction sexuelle, agoraphobie, attaque de panique, etc.)

Plusieurs auteurs tels : Black (2002); Bowman (1997); Meichenbaum (1994); Yehuda (1998) regroupent les facteurs susceptibles d'influencer le développement de l'ESPT chez un individu. Certains facteurs sont objectifs

comme : la durée, la sévérité, la fréquence, l'intensité, la gravité, les types de stressseurs (catastrophe naturelle, agression physique, viol, etc.), la proximité physique et émotionnelle, la soudaineté, le caractère inattendu et le manque de préparation, etc. alors que d'autres se veulent subjectifs tels : la perception de la menace, la signification donnée à l'événement, l'impression de non mériter, le sens des responsabilités, la culpabilité, le blâme, la honte; l'attribution d'un caractère délibéré, les traits de personnalité, les prédispositions, l'âge, l'état physique, les stressseurs présents, les expériences d'un traumatisme antérieur, la prémorbidité, les formes de soutiens et de ressources, les croyances, etc.

Par ailleurs, certains problèmes (prémorbidité et comorbidité) liés à l'ESPT ont fait l'objet d'étude dans le but d'ajuster et parfaire les traitements : les troubles dissociatifs (Phillips, 1998), les réviviscences (Meichenbaum, 1994), les troubles de personnalité « borderline » (Linekan, 1995), l'abus de substance psychoactive (Brown et Oumette, 1999).

Finalement, d'autres auteurs se sont plutôt adressés à la capacité d'adaptation et/ou à la résilience chez l'être humain afin de mieux expliquer le phénomène de la rémission (Cyrułnik, 2000; 2001; Yehuda, 1998).

Comme nous pouvons le constater, la recherche et l'observation clinique ont donné lieu à une compréhension de plus en plus étayée du phénomène

observé. Ce faisant, les stratégies d'interventions se sont raffinées précisant leurs objectifs de façon à mieux cibler les paramètres et les ingrédients susceptibles d'engendrer et de maintenir cette affection chez l'individu.

Somme toute, l'ESPT s'avère des plus complexe. Il est donc important pour le clinicien d'en connaître la prévalence, les contours, tout aussi bien que les traitements qui lui sont propres.

Nous nous proposons donc d'illustrer à l'aide d'un cas, l'approche psychothérapique utilisée auprès d'une personne souffrant de ce trouble qu'est l'ESPT.

## **2. Présentation<sup>1</sup>**

M. B. est un homme de 42 ans, divorcé, travaillant au sein des forces armées canadiennes depuis 23 ans. Lors de la première rencontre, il était en congé de maladie depuis 3 mois, tandis que pendant les 2 dernières années (avant son congé de maladie), il était assigné à des tâches restreintes (le

---

<sup>1</sup> Afin de préserver l'anonymat de la personne, toutes les données nominatives que vous retrouverez dans le texte sont fictives. Une copie du formulaire de consentement de divulgation d'informations que nous avons fait signer à notre client avant de produire cet essai se retrouve à l'Appendice C.

transport et la livraison) à temps partiel et ce, dû à son état de santé précaire. Précisons que ces 2 années ont également été ponctuées de congés de maladie.

### **3. Histoire psychosociale**

Natif d'une petite ville du Canada, M. B. est le deuxième d'une famille de trois enfants (2 filles –1 garçon). Le sujet est issu d'un milieu familial de classe moyenne, alors que son père était camionneur et sa mère serveuse dans un restaurant. Il appert qu'il n'y a pas de maladie mentale ni d'abus de substance psychoactive au sein de la famille. Par ailleurs, les rapports avec ses parents n'ont pas été très intéressants. En effet, ces derniers sont décrits comme étant égocentriques, peu affectueux, rigides, autoritaires, culpabilisants et ayant la punition facile. M. B. s'est souvent senti exploité et manipulé par ceux-ci. Il s'attribue le rôle de bouc émissaire de la famille : les parents étaient constamment sur son dos, lui faisant des reproches...

Selon lui, l'ambiance existante à la maison qu'il qualifie de castrante et néfaste a nui à ses études primaires et secondaires, de sorte qu'il n'a jamais performé à l'école. En bout de piste, il a décidé de faire un diplôme d'études professionnelles en mécanique automobile.

Puis, saturé de sa condition de vie au plan familial qu'il qualifie d'intenable, il décide, dès l'âge de 19 ans, de s'enrôler dans l'armée. Depuis son départ de la maison, les relations parentales sont réduites au minimum et sont investies d'une ambivalence émotionnelle amour – haine. D'un autre côté, la relation avec la fratrie est beaucoup plus saine et régulière.

M. B. s'est marié à l'âge de 26 ans et le couple eut 3 enfants (2 filles et 1 garçon). Les troubles que nous présenterons plus loin ont eu gain de cause sur leur union. Ils se sont divorcés en 1998.

#### **4. Éléments essentiels du tableau clinique**

M. B. a participé, au cours de sa carrière, à 5 missions<sup>1</sup> proprement dites :

- 1981 : Mission I (6 mois)
- 1987 : Mission II (6 mois)
- 1990 : Mission III (quelques semaines)
- 1995 : Mission IV (6 mois)
- 1997 : Mission V (6 mois)

Ce serait principalement au cours des deux dernières missions que M. B. fut confronté à des événements traumatisants.

---

<sup>1</sup> Nous utilisons le terme mission, plutôt que de nommer le type de déploiement ou encore les pays d'outre-mer où il a séjourné. Ces missions de paix se font pour la plupart dans des endroits dangereux où les morts violentes, l'agressivité gratuite et la pauvreté sont régulièrement présentes.

Le premier événement s'est passé en mission IV alors qu'il guidait la nuit, à l'aide de lunettes infrarouges, 3 soldats canadiens en vue de capturer 2 jeunes soupçonnés de vol. Même si les ordres étaient formels à l'effet qu'ils ne devaient que les capturer, pour des raisons encore « nébuleuses », les soldats canadiens les ont abattus froidement. D'ailleurs, ces derniers ont passé en Cour martiale puis furent expulsés des forces armées.

Depuis cet événement, M. B. est investi de sentiments de remords et de culpabilité d'avoir guidé ces soldats en direction des deux jeunes gens. Dès lors, plusieurs symptômes (manifestations) reliées à un ESPT sont apparus, tels : réviviscence, hypervigilance, évitement, souvenirs répétitifs de l'événement, etc.

Lors de sa mission V, celui-ci a vécu 3 événements marquants. En premier lieu, il fut fait prisonnier pendant une période de 33 jours par les soldats locaux durant lesquels il a été confronté à plusieurs reprises à la peur de mourir et souffert de malnutrition. Pendant cette période, il a été témoin d'actes criminels, sans pouvoir agir, dont un événement où 2 enfants se sont fait brûler vivants. Le second est survenu alors qu'il a dû ramasser (décrocher) le corps d'une femme littéralement crucifiée sur un mur, tandis que son enfant, d'environ 2½ ans, pleurait la mort de sa mère à ses pieds.

Le troisième événement est survenu après qu'il ait surpris 2 jeunes enfants à voler du fuel. Après les avoir remis aux autorités policières locales, il fut témoin par la suite de leur châtement, alors que les policiers leur ont tiré une balle dans la tête. Ce dernier événement est venu sans contredit réactiver les affects ainsi que la culpabilité (remords) vécus lors de la mission IV.

Par la suite, M. B. n'a plus jamais été le même homme. Pour oublier, il a sombré dans la consommation d'alcool avec démesure et il s'est adonné au jeu pathologique. D'ailleurs, selon toute vraisemblance, ces deux troubles de comportements associés à un ESPT lui ont coûté une faillite personnelle et un divorce.

C'est plus précisément depuis 1997 que l'ensemble des symptômes suivants se sont manifestés avec intensité. Nous faisons référence aux manifestations suivantes : reviviscences (épisodes dissociatifs), irritabilité, agressivité, peur, évitement, hypervigilance, sueurs froides, idéations suicidaires, sursauts, cauchemars (provoquant à 2 reprises une agression involontaire sur sa conjointe).

En effet, c'est à son retour de la mission V que sa vie a chaviré. Il s'est coupé de ses relations interpersonnelles, et en moins de 8 mois son agressivité a eu raison de son mariage. En plus d'être colérique et agressif durant le jour,

pendant son sommeil la nuit, il a violenté sa femme au cours de cauchemars. Deux ans plus tard, le même scénario (assaut nocturne) s'est reproduit avec une deuxième conjointe. Cette dernière aurait mis fin à la relation principalement pour cette raison. Toujours pour les mêmes raisons il a décidé de se distancier de ses propres enfants par crainte de leur faire du mal involontairement. Son comportement agressif s'est extensionné à sa vie sportive alors qu'il a assailli un arbitre durant une joute de hockey, comportement qui ne faisait pas partie de son registre de fonctionnement par le passé.

Affecté et en profonde détresse, les idéations suicidaires ont pris le dessus, accompagnées de trois passages à l'acte (tous avec un cocktail d'alcool et pilules) deux fois en l'an 2000 et une fois en 2001.

De 1999 à 2001, il a été suivi en psychiatrie et a bénéficié d'antidépresseur (Zoloft 150 mg). C'est durant cette période qu'il a cessé de consommer de l'alcool et de s'adonner aux jeux pathologiques. Depuis, c'est un médecin généraliste qui assure le suivi médical. Par ailleurs, de mai 2001 à juin 2002, M. B. a profité d'un suivi psychothérapique avec un psychologue de sa région. Il appert que la thérapie était non-directive, de type humaniste-existentielle, et les gains thérapeutiques ne semblent pas très significatifs. Cette thérapie a avorté dû à l'insatisfaction de M. B.



En recommandations, en plus de suggérer d'augmenter la dose de l'antidépresseur (Zoloft) de 150 mg à 200 mg, le rapport précise : *qu'il est important que le patient entreprenne un suivi psychologique d'orientation cognitivo-comportementale*. En conséquence, son médecin nous a référé M. B. afin d'assurer ledit suivi.

## **5. Choix de l'approche psychothérapique**

Il appert que l'ensemble des symptômes que présentent M. B. nous oriente vers la présence de troubles anxieux (voir classification du DSM-IV-TR). À ce jour, d'innombrables études (littératures) démontrent l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement des troubles anxieux (Ladouceur, Marchand et Boisvert, 1999; Meichenbaum, 1994).

Dans le traitement du trouble d'ESPT, la psychoéducation et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sont généralement inclus dans le programme d'intervention (Black et Lavallée, 2002). Bien que pour certains auteurs Cordova (2003) dans le cas de la psychoéducation, Servan-Schreiber (2003) et Shapiro (2001) pour l'EMDR, ces stratégies d'interventions soient des approches thérapeutiques en soi, la plupart des auteurs tendent à les regrouper sous la bannière de l'approche cognitivo-comportementale (Foa, Keane et

Freedman, 2000). C'est cette position d'ailleurs que nous adopterons dans le présent essai.

Aussi, prenant en considération les ouvrages qui traitent du sujet, la demande reliée à la référence médicale et le fait que les sessions de thérapie non-directive n'ont vraisemblablement pas rempli les attentes du client, nous avons retenu l'approche cognitivo-comportementale comme étant celle la plus appropriée dans le cas présent.

En résumé, à l'intérieur de ce chapitre, en plus d'avoir sensibilisé le lecteur au phénomène étudié nous avons présenté l'anamnèse de M. B. ainsi que l'approche psychothérapique que nous avons utilisée. Nous aborderons maintenant le modèle de formulation de cas utilisé pour bâtir l'analyse fonctionnelle et structurer le plan d'interventions.

## **CHAPITRE 2**

***Modèle de formulation de cas***

Dans ce chapitre, nous présentons le modèle de formulation de cas dont nous nous sommes inspirés pour structurer notre démarche. Le modèle que nous présentons a d'abord été élaboré et décrit par Persons (1989, 1993) et plus récemment, dans l'article de Persons et Tompkins (1997). Du nom de « Formulation de Cas Cognitivo-Comportementale (CC) » (Cognitive Behavioral Case Formulation), ce modèle offre 7 paramètres (que nous énumérerons plus loin) pragmatiques et opérationnels nous permettant de s'ajuster tout au long du traitement.

## **1. Contexte historique**

La formulation de cas CC tient ses origines dans les théories et la thérapie cognitive ainsi que dans l'analyse fonctionnelle. Nous y retrouvons donc certaines composantes des modèles d'Ellis (1974) et de Beck (1976); c'est-à-dire que les croyances de base (croyances irrationnelles et distorsions cognitives) sont susceptibles d'être apprises via l'expérience et les modèles dans l'enfance, les problèmes (symptômes) originent ou encore sont alimentés par les croyances

de base, tandis que les problèmes et les événements de la vie courante sont sujets à activer les croyances de base. Nous y retrouvons également trois caractéristiques en lien avec l'analyse fonctionnelle, c'est-à-dire l'accent sur l'identification et la mesure des problèmes, sa spécification des hypothèses fonctionnelles et le fait que l'aboutissement du traitement est tributaire de la qualité de la formulation de cas CC.

Comme le mentionnent ces auteurs, la formulation de cas CC s'avère particulièrement utile pour les raisons suivantes : quand le client présente de multiples problèmes; lorsqu'il ne fait pas de bons progrès en thérapie; le thérapeute individualise le traitement en mettant l'accent sur les distorsions cognitives propres au client plutôt que sur les distorsions cognitives typiques à la maladie; les protocoles standardisés présentent une limitation puisqu'ils ne s'adressent qu'à une seule affection à la fois, alors que la plupart des clients présentent de multiples affections et/ou de problèmes; une formulation individualisée et bien articulée partagée avec le client est susceptible de renforcer la collaboration client-thérapeute tout en réduisant la résistance au traitement; finalement, la formulation de cas CC est particulièrement pertinente pour le thérapeute lorsque les efforts d'interventions échouent puisqu'il peut ainsi procéder à la révision de la formulation qui était à la base du traitement du client. En conséquence, ce modèle nous est apparu des plus indiqués pour la présente étude.

## **2. Présentation du modèle**

Présenté sous forme de tableau le modèle de formulation de cas CC décrit par Persons et Tompkins (1997) comprend sept composantes : la liste de problèmes; les croyances de base; les facteurs (situations) précipitants et/ou activants; les hypothèses de travail; les origines; le plan de traitement et les obstacles envisagés durant le traitement.

---

### **Formulation de cas cognitivo-comportementale**

---

#### **Liste de problèmes (symptômes)**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

#### **Croyances de base (croyances irrationnelles et distorsions cognitives)**

#### **Facteurs (situations) précipitants et/ou activants**

#### **Hypothèses de travail**

#### **Origines**

#### **Plan de traitement**

- Objectifs thérapeutiques
- Interventions

#### **Obstacles envisagés durant le traitement**

---

### **3. Étape de l'élaboration de la formulation de cas CC**

Lorsque cela est possible, le processus de formulation s'établit en collaboration avec le client. Ainsi, client et thérapeute travaillent ensemble pour répertorier une liste de problèmes, identifier les croyances de base, délimiter les objectifs thérapeutique, choisir ou se mettre d'accord sur les types d'interventions et contrôler le progrès. Il n'y a donc pas d'entrevue structurées et/ou formelles dans le processus de formulation.

#### **3.1 Dresser une liste de problèmes (symptômes)**

La liste de problèmes est dressée en termes simples, descriptifs et concrets, en un ou deux mots suivis, au besoin, d'une brève description. On commence par demander au client de décrire sa plainte majeure. Ensuite, le thérapeute lui demande s'il y a d'autres difficultés ou problèmes ou encore, il peut simplement les identifier durant l'entrevue.

Persons et Tompkins (1997) suggèrent d'en énumérer un maximum de dix afin que cela ne soit pas trop difficile à manier.

### **3.2 Identifier les croyances de base**

Le thérapeute essaie d'identifier les croyances de base susceptibles de rendre compte des problèmes retrouvés sur la liste. Il n'est pas nécessaire de trouver une attitude dysfonctionnelle centrale ou une croyance erronée pour tous les problèmes sur la liste. Plusieurs croyances erronées peuvent opérer en même temps et dans des situations différentes. Par ailleurs, elles nous indiquent comment le client se voit, comment il voit les autres et ce qui semble causer ou maintenir ses problèmes.

Bien entendu, les croyances de base identifiées comme étant en relation avec les problèmes du client n'excluent pas le rôle d'autres facteurs (biologiques, psychosociaux, etc.) qui peuvent jouer dans le problème présenté. Toutefois, la méthode de formulation de cas CC lui donne le rôle central.

### **3.3 Facteurs (situations) précipitants et/ou activants**

Les facteurs font référence aux événements et situations qui alimentent les croyances de base à produire les symptômes et problèmes ou qui servent de stimuli ou renforçateurs. À travers l'histoire du problème, on identifie la séquence d'événements conduisant au problème ou à la situation problématique présente (facteurs précipitants). Puis, on observe les situations ou les événements récents

pendant lesquels le client a vécu des perturbations afin de cibler les facteurs activants.

### **3.4 Hypothèses de travail**

Les hypothèses de travail sont en quelque sorte le cœur de la formulation. Cependant, elles demeurent une « estimation » sur la façon dont les croyances de base et les contingences contextuelles maintiennent les comportements problématiques. Le clinicien relie les items précédents (liste de problèmes, croyances de base, facteurs précipitants et activants) de même que d'autres ingrédients susceptibles de jouer un rôle actif dans la problématique (biologique, psychosociale, etc.) pour en arriver à une compréhension articulée d'où émergent les hypothèses de travail.

### **3.5 Les origines**

Le thérapeute tente d'identifier un ou plusieurs incidents ou circonstances ayant pris place plus tôt dans l'histoire du développement du client, susceptibles d'expliquer comment il a appris ses croyances non adaptatives. Les origines incluent également les modèles, les échecs à apprendre des habiletés et des comportements, par exemple dus à un environnement carencé ou déficitaire, les schèmes comportementaux, les fonctions psychophysiologiques, etc.

### **3.6 Plan de traitement**

Le plan de traitement ne fait pas partie de la formulation mais plutôt prend racine dans celle-ci et est basé sur l'hypothèse de travail. Des objectifs de traitement clairement énoncés aident le thérapeute à savoir comment intervenir en plus d'être essentiels dans le processus de contrôle du progrès.

Une fois les objectifs bien établis, le thérapeute peut faire appel à l'ensemble des stratégies d'interventions qu'il maîtrise afin de bâtir un plan d'interventions précis et individualisé.

### **3.7 Obstacles envisagés durant le traitement**

Les obstacles envisagés réfèrent aux difficultés potentielles susceptibles d'engendrer une terminaison abrupte du traitement ou encore d'autres types d'impasses appréhendés. Les obstacles éventuels peuvent provenir des autres composantes de la formulation tout aussi bien que des facteurs économiques, motivationnels, psychosociaux, etc.

#### **4. Application à la psychothérapie**

La formulation peut être utile à toutes les sessions de thérapie. À mesure que cette dernière évolue, le thérapeute vérifie avec le client s'il est toujours d'accord sur la formulation du problème, si les interventions proposées lui conviennent et à la rigueur si elles valent la peine d'être essayées. Dans les cas où le client n'accepte pas la formulation ou les interventions, le thérapeute explore les réticences du client et travaille s'il y a lieu les résistances chez lui avant de continuer le traitement.

#### **5. Formulation de cas cognitivo-comportementale de M. B.**

##### **5.1 Liste de problèmes (symptômes)**

##### **1. Sentiment de remord, de honte et de culpabilité :**

- d'avoir guidé les soldats;
- d'avoir livré 2 enfants;
- ne pas avoir aidé suffisamment la communauté du pays.

##### **2. Anxiété généralisée :** tension neuromusculaire nettement trop élevée et soutenue. Attaque de panique sporadique accompagnée d'hyperventilation.

3. Hypervigilance : constamment sur ses gardes, sursauts.
4. Difficulté de concentration : distrait, incapable de lire, tendance à oublier.
5. Conduite d'évitement : cherche à éviter les pensées, les sentiments les images, les conversations, les endroits et les situations associés de près ou de loin aux traumatismes.
6. Restriction des affects : difficulté à éprouver et à entretenir des liens affectifs avec autrui, n'éprouve pas d'émotion de peine, détachement émotif par rapport à ses enfants.
7. Irritabilité, agressivité, colère : surtout lorsqu'il est contrarié, fatigué, ou encore lorsqu'il vit trop de tension (pression extérieure, stress).
8. Cauchemars accompagnés d'agressions physiques durant son sommeil sur la personne de ses conjointes.
9. Symptômes d'intrusion : reviviscences auditives et visuelles, épisodes dissociatifs.

10. Réactivation de la détresse psychique (émotionnelle) lorsqu'il est exposé et à des stimuli évoquant les traumatismes.

Comorbidité : trouble dépressif majeur, en rémission

## 5.2 Croyances de base

- « Je suis coupable de la mort des enfants » lors des missions IV et V.
- « C'est comme si c'était moi qui avait tiré sur la gâchette ».
- « J'aurais dû savoir (deviner) ce qui allait se passer ».
- « J'aurais dû avoir le contrôle sur mes hommes ».
- « Je ne pourrai jamais me le pardonner ».
- « Me pardonner, ça équivaudrait à nier mes responsabilités ».
- « J'ai honte de ce que j'ai fait ».
- « Tout le monde dans les mêmes circonstances penserait la même chose que moi ».
- « Je ne suis pas capable de vivre avec ces images dans ma tête ».
- « J'ai toujours eu le contrôle dans ma vie, maintenant je ne contrôle plus rien ».
- « J'ai tout perdu ».
- « Ma vie est finie ».

### 5.3 Facteurs (situations) précipitants et/ou activants

- Lorsqu'il est exposé à des stimuli militaires.
- Lorsqu'il écoute des émissions de télévision à contenu agressif, de guerre, ou de souffrance humaine (surtout lorsque cela implique des enfants).
- Conversation faisant référence aux événements traumatiques, à l'armée, à la guerre et aux ethnies des pays où il a servi.
- L'éblouissement (flash) de lumière le soir.
- Bruit soudain semblable à un coup de fusil.
- Lorsqu'il se retrouve au cinéma dans le noir.
- Dans un établissement où il se sent restreint.
- Lorsqu'il est contrarié.
- Lorsqu'il vit trop de tension et/ou de stress (ex. : événements soudains, inattendus – appréhension d'un événement à venir – contraint à faire trop d'activités à la fois).
- Lorsque les attentes extérieures à son égard lui apparaissent trop élevées.

### 5.4 Hypothèses de travail

M. B. dit : « je suis coupable de la mort des enfants », « c'est comme si c'était moi qui avait tiré sur la gâchette », « j'ai honte de ce que j'ai fait ». Malgré l'évidence, M. B. s'attribue une responsabilité qui n'est pas sienne. En plus

d'alimenter la détresse émotionnelle, ces croyances (interprétations) façonnent chez lui un construit de la réalité distorsionné incompatible avec son système de valeurs. Ces croyances associées à d'autres telles : « j'ai tout perdu dans ma vie », « ma vie est finie », forment par leur thème principal, culpabilité et perte, probablement le siège du trouble dépressif.

Les croyances du genre : « j'aurais dû savoir ce qui allait se passer », « j'aurais dû avoir le contrôle de mes hommes », – fait appel à un désir de contrôler l'incontrôlable, tout en voulant s'approprier un pouvoir qu'il n'a pas.

M. B. continue en mentionnant : « je ne pourrai jamais me le pardonner », « me pardonner ça équivaudrait à nier mes responsabilités ». Compte tenu de sa dynamique, le pardon est interprété comme un relâchement de ses convictions et même de la faiblesse. Au plan cognitif, la rigidité chez lui est alimentée par un raisonnement dichotomique : pardon égale faiblesse, non-pardon égale force de caractère. Ce type de raisonnement ne laisse pas beaucoup de place au discernement et à la nuance.

Les pensées telles : « je ne suis pas capable de vivre avec ces images (souvenirs) dans ma tête », « j'ai toujours eu le contrôle dans ma vie, maintenant je ne contrôle plus rien » suggèrent le sentiment d'impuissance qui l'habite, où la

conduite d'évitement lui donne paradoxalement l'impression de contrôler quelque chose.

D'un autre côté, la croyance ayant trait à l'effet que « tout le monde dans les mêmes circonstances penserait la même chose que moi », – fait référence à une généralisation abusive qui freine la remise en question et cristallise les distorsions cognitives et les schèmes de pensées non adaptatifs.

L'hypervigilance et l'anxiété généralisée s'apparentent dans leurs conséquences sur le fonctionnement, en ce sens qu'ils accentuent chez lui la perte de contrôle interne. Les fonctions cognitives sont en quelque sorte neutralisées, ce qui engendre un sentiment d'insécurité et d'impuissance. Ces manifestations suggèrent que nous sommes en présence d'une suractivation du système sympathique.

Bien que la conduite d'évitement lui permette ponctuellement de maintenir un semblant d'équilibre ou de bien-être, cette dernière empêche plus souvent qu'autrement la résolution de problèmes. De plus, dans ce cas-ci, elle entraîne un rétrécissement de sa vie affective et sociale.

Finalement, l'irritabilité et les comportements agressifs sont, d'après nous, conséquents à l'ESPT et ne faisaient donc pas partie de son répertoire de

comportements prémorbides. Il faudra tout de même en tenir compte dans le plan de traitement.

## 5.5 Origines

Pour leur part, les origines incluent l'aspect développemental, les éléments essentiels du tableau clinique, le processus d'interprétation, de même que l'appareil psychophysiologique.

Selon toute vraisemblance, les parents de M. B. étaient rigides et intransigeants. Ces derniers lui faisaient constamment des reproches alors que le style éducatif passait par la punition. Autoritaire, culpabilisant et peu affectueux, ces derniers étaient davantage préoccupés à répondre à leurs propres besoins, le tout s'effectuant plus souvent qu'autrement au détriment de leurs enfants. De plus, M. B. s'attribue le rôle de bouc émissaire de la famille et affirme s'y être souvent senti impuissant et sans pouvoir.

À l'âge de 19 ans, lorsqu'il quitte le foyer familial pour se joindre aux forces armées canadiennes, il le fait pour fuir une situation qu'il qualifie d'intolérable. Paradoxalement, il choisit un milieu de vie autoritaire, où encore là, les valeurs et le mode de fonctionnement sont rigides. Au fur et à mesure qu'il gravit des échelons, il s'approprie graduellement un sentiment de pouvoir et de

contrôle sur sa vie tout en étant gratifié par la reconnaissance de ses pairs. La situation s'est gâtée le jour où il est confronté à des événements où il se sent impuissant. Les dénouements tragiques que l'on connaît donnent suite à une autocritique négative (destructive et punitive) investie d'une interprétation où les distorsions cognitives et les schèmes de pensée non adaptatifs règnent. Aussi, nonobstant les événements traumatiques eux-mêmes qui sont de très haute intensité, il appert que les empreintes initiales liées à son développement, façonné par un milieu familial carencé, jouent également un rôle important dans la présente affection.

Sans contredit, les événements traumatiques vécus par M. B. sont au cœur de l'ESPT. De par leur caractère, leur intensité, leur nombre et le contexte dans lequel ils se sont produits, ces événements ont laissé chez lui des empreintes indélébiles. Le rôle que jouent certaines parties du cerveau (tel le système limbique) dans l'apparition et le maintien de l'ESPT est tout de même bien documenté. Une compréhension articulée qui découle des recherches en neurosciences (voir Servan-Schreiber 2002; 2003) nous offre l'explication suivante : l'information ayant trait au traumatisme serait bloquée dans le système nerveux, imprégnée sous sa forme originale. Aussi, dans ces circonstances, les pensées, les images, les sons, les odeurs, les émotions, les sensations corporelles et les interprétations que l'on a conclu sur soi-même (comme dans le cas présent : « Je suis coupable de la mort des enfants », « C'est comme si

c'était moi qui avait tiré sur la gâchette », etc.) sont logés dans un réseau de neurones indépendant, ancré dans le système limbique où le néo-cortex (l'appareil cognitif) a peu d'influence. Toujours selon l'auteur, l'équilibre du système de traitement de l'information étant bouleversé (boycotté) empêcherait le cerveau de procéder à une résolution adaptative des conflits internes. En conséquence, le cerveau contient des informations non traitées et non traitables qui demeurent dysfonctionnelles. C'est pourquoi le moindre stimulus (interne ou externe) qui rappelle le traumatisme initial est susceptible de réactiver (évoquer) le souvenir et la détresse qui lui sont associés. Ce registre de fonctionnement colle bien aux manifestations reliées à l'ESPT rencontrées chez M. B. Nous faisons référence ici au sentiment de culpabilité, aux symptômes d'intrusions, la réactivation de la détresse psychique lorsqu'il est exposé à des stimuli évoquant les traumatismes, l'hypervigilance et, bien entendu, la conduite d'évitement qui, de par sa fonction, empêche (restreint) les stimuli de venir réactiver le souvenir et la souffrance qui s'y rattachent.

L'anxiété généralisée, les difficultés de concentration, la restriction des affects, les cauchemars, l'irritabilité et l'agressivité ainsi que le trouble dépressif (en comorbidité), découleraient davantage des autres difficultés ci-haut mentionnées.

## 5.6 Plan de traitement

L'élaboration du plan de traitement pour M. B. inclut les objectifs généraux et spécifiques, de même que 4 phases distinctes à l'intérieur desquelles nous figurons le contenu qui lui est propre.

### *Objectifs généraux :*

- Réduire l'impact négatif du trauma dans l'ensemble des secteurs de sa vie et, si possible, retourner au niveau de fonctionnement qu'il avait avant le trauma.

Il importe ici, tant pour M. B. que le thérapeute, d'avoir des attentes réalistes. Nous nous attendons davantage à la réduction de ses symptômes plutôt qu'à l'élimination de ces derniers.

### *Objectifs spécifiques :*

- Améliorer sa capacité de gérer et de contrôler les souvenirs et les émotions reliés aux événements traumatiques survenues lors de ses missions.
- Améliorer sa capacité de contrôle, ses réactions physiques et diminuer son état d'anxiété généralisée et de l'hypervigilance.

- Reparler des événements traumatiques sans que l'ensemble des émotions négatives (ou la détresse) émerge et le paralyse.
- Améliorer sa capacité de contrôler et de gérer son agressivité (émotions et comportements).
- Renforcer son sentiment de plus grande maîtrise et de contrôle dans sa vie en général.
- Résoudre son trouble dépressif.
- Développer et/ou se réapproprier une estime de soi positive.
- Entretenir des liens stables (réguliers) avec ses enfants.
- Reprendre confiance à autrui, être capable d'établir des relations interpersonnelles adéquates (amitié, amour).

Dans le cas de l'ESPT complexe, il est préférable de prévoir une psychothérapie par phases (étapes) (Meichenbaum, 1999; Herman, 1992; Black et Lavallée, 2002; Van der Kolk et al., 1996; Ucross, 2004). Les quatre phases que nous présentons se veulent ici une synthèse de leurs ouvrages adaptés toutefois au présent cas.

#### PHASE I – STABILISATION – CONTENANCE

- Développer une alliance thérapeutique avec M. B.
- L'aider à ventiler puis valider, normaliser et généraliser son vécu, ses émotions, ses symptômes et les manifestations.

- Lui faire décrire les événements traumatiques avec le plus de détails possible, en prenant soin de ne pas le retraumatiser.
- Aider M. B. à supporter (contenir) l'intensité de l'expérience vécue.
- Lui permettre de conscientiser et de verbaliser les émotions, les cognitions et les comportements qu'il a vécus lors des événements traumatiques et qui sont encore présents à ce jour lorsqu'il s'y réfère.
- Identifier les autoverbalisations négatives et les distorsions cognitives associées aux événements traumatiques et/ou aux stimuli actuels générateurs d'anxiété ainsi que celles susceptibles d'entretenir la comorbidité (la dépression).
- Identifier comment les symptômes d'ESPT affectent sa vie affective, sociale et/ou de travail.
- Procéder à la psychoéducation de M. B. à propos de l'ESPT.
- Conscientiser M. B. en prenant soin de ne pas le culpabiliser du rôle et de l'impact de son agressivité sur sa vie et celle des gens qui l'entourent. Mettre l'accent sur le bien-fondé d'en prendre le contrôle.
- Identifier les ressources personnelles de M. B.
- Vérifier ses ressources psychosociales.
- Lui préciser l'importance de la prise de médication dans son cas (ESPT – dépression).
- Vérifier, s'il y a lieu, les autres difficultés (comorbidités).
- S'assurer de la motivation au changement de M. B.

PHASE II – ÉLABORATION D'OUTILS THÉRAPEUTIQUES – RÉOLUTION DE  
LA COMORBIDITÉ

- Lui enseigner les principes de base de l'approche cognitivo-comportementale.
- Bâtir un programme en matière de contrôle et gestion du stress : établir l'importance de la cognition – faire de la rééducation et des exercices respiratoires – lui enseigner différentes techniques de relaxation – développer et encourager chez lui une routine d'exercices physiques.
- Enseigner à M. B. quelques principes (coping skills) en matière de contrôle de l'agressivité et de la colère.
- S'adresser à la comorbidité (le trouble dépressif) chez lui : procéder à de la restructuration cognitive ayant trait à la culpabilité et la perte – travailler les éléments conflictuels et/ou non résolus liés à son enfance. Nous faisons référence ici à ses rapports parentaux (revenir sur le style éducatif, identifier ses croyances, ses valeurs, son sentiment de compétence, etc.) – sensibiliser M. B. à l'effet qu'il a développé des habitudes de vie susceptibles de maintenir ou encore d'interférer avec la résolution de problème du trouble dépressif tel : un emploi du temps non structuré, trop d'isolement social et le manque de contacts réguliers avec ses enfants.
- S'assurer que les symptômes liés à la comorbidité ont suffisamment diminué en fréquence et intensité avant de passer à la phase suivante.

PHASE III – RESTRUCTURATION DES SCHÉMAS COGNITIFS LIÉS AU TRAUMA –  
DÉCONDITIONNEMENT DES MÉMOIRES ET DES RÉPONSES  
TRAUMATIQUES – RÉINTÉGRATION

- Revenir sur le contenu des événements traumatiques et la signification (l'interprétation) qui s'y rattache.
- Procéder à la restructuration cognitive – recadrage (ex. : la culpabilité, la responsabilité – réinterpréter l'événement) ayant trait aux événements traumatiques qu'il a vécus.
- Procéder à de la désensibilisation : établir les priorités des événements à traiter – utiliser différentes stratégies d'exposition en imagination dans le but de réduire l'émotion (la détresse) liée aux événements traumatiques.
- Faire appel (s'il y a lieu) à d'autres stratégies thérapeutiques telles l'EMDR.
- Traiter les symptômes d'intrusions (reviviscences auditive et visuelle de même que les épisodes dissociatifs) : utiliser la régression dissociée et/ou la substitution – pratiquer la relaxation et la respiration profonde – mettre l'accent sur l'ici et maintenant, se concentrer sur la réalité actuelle plutôt que sur le passé – lui enseigner comment rester calme lorsqu'il fait face à de brefs épisodes dissociatifs tout en s'efforçant, encore là, à demeurer centré sur la réalité.

- Encourager et enseigner à M. B. comment apprivoiser des stimuli susceptibles d'évoquer chez lui des pensées et des émotions associées aux événements traumatiques.
- Lui prescrire, le soir avant de s'endormir, des exercices de relaxation ou d'autohypnose assortis d'imageries mentales positives, afin de réduire les manifestations (perturbations) qui surviennent durant le sommeil.
- Lui redonner, si possible, un autre sens au vécu traumatique.
- Aider M. B. à développer et à mobiliser ses relations affectives et sociales.
- L'aider à s'intégrer dans un milieu de travail.

#### PHASE IV – CONSOLIDATION – EXPANSION

- Renforcer chez lui les progrès et les gains thérapeutiques.
- Aider M. B. à se réengager dans de nouvelles expériences positives et d'éprouver du plaisir.
- S'assurer qu'il prend le crédit de son amélioration.
- Faire de la prévention quant à des périodes plus difficiles, ex. : la période anniversaire des événements traumatiques susceptibles de réactiver des symptômes.
- Aider M. B. à se fixer des objectifs réalistes.
- Réévaluer son état de santé.
- Planifier avec lui un suivi.

## 5.7 Obstacles envisagés durant le traitement

- Étant donné que M. B. a déjà, par le passé, été en thérapie sans qu'il en ressente vraiment les bienfaits, il est possible que, s'il ne constate pas de gains à court terme, il perde intérêt à poursuivre la psychothérapie.
- Certaines croyances telles : « je ne suis pas capable de vivre avec ces images dans ma tête », et « je suis coupable de la mort des enfants », sont fortement associées à la détresse qui l'habite depuis déjà 8 ans. Ces dernières (pour ne nommer que celles-là) sont en quelque sorte au cœur de sa vie, bien ancrées, où la vie n'a plus vraiment de sens. Aussi, le nombre d'années de souffrance et la rigidité dans le mode de fonctionnement qui le caractérise, l'empêche de reconsidérer l'interprétation initiale des faits, ce qui peut s'avérer un défi de taille dans la présente démarche. À cet effet, nous ne devons pas ignorer ni sous-estimer que le redressement de la pensée (la restructuration cognitive) signifierait également de cesser de se sentir coupable, style comportemental connu et intégré chez lui.
- Finalement, la distance qu'il doit parcourir à chaque semaine (300 kilomètres) pour se rendre à ses rendez-vous est susceptible de devenir une source de démotivation.

## 5.8 Contrat thérapeutique

Étant donné les antécédents de M. B. en ce qui a trait à ses 3 tentatives de suicide, nous avons convenu avec ce dernier, d'un contrat par écrit de non-suicide couvrant la période où il est en traitement psychothérapeutique avec nous. Il est convenu qu'il prendra sa médication telle que prescrite. Nous rencontrerons M. B. de façon hebdomadaire. Il est entendu également qu'il aura des exercices à faire à la maison. Finalement, les objectifs thérapeutiques font partie intégrante du contrat, en ce sens qu'il accepte de maintenir ses efforts et sa participation dans le temps pour les atteindre.

Ce chapitre avait pour objectif de présenter le modèle de formulation de cas que nous avons utilisé et de bâtir, à l'aide de celui-ci, un plan de traitement en 4 phases avant d'entreprendre les soins psychothérapeutiques. Le chapitre suivant, pour sa part, est voué au déroulement de la démarche thérapeutique comme telle.

## **CHAPITRE 3**

### ***Déroulement de la démarche thérapeutique***

L'illustration de la démarche psychothérapique qui va suivre est conforme aux phases décrites dans le plan d'intervention. Toutefois, bien que la majorité des informations (stratégies d'interventions) qui s'y retrouvent ont été mises à contribution, la façon de les présenter ne respecte pas nécessairement l'ordre préétabli à l'intérieur d'une même phase. De fait, les items peuvent être imbriqués, intercalés ou encore regroupés sous un thème particulier, que ce soit parce qu'ils servent l'objectif de ce thème ou encore parce qu'ils se chevauchent et/ou s'apparentent dans leur fonction. Ainsi les phases ne sont pas nécessairement séquentielles. Il peut y avoir un certain va-et-vient entre elles. Pour ces raisons il est difficile ici d'énumérer le nombre d'entrevues dédiées à chacune d'entre elles. Par ailleurs, nous précisons que la thérapie s'est échelonnée sur une période de 19 mois alors que nous avons effectué 61 entrevues auprès de M. B.

## **1. Phase 1**

D'entrée de jeu, M. B. a démontré une certaine ambivalence quant à son désir d'entreprendre un nouveau suivi psychologique. D'une part, il est disposé et

motivé à redresser son état de santé et d'autre part, il se dit craintif et insécure d'entreprendre une telle démarche parce qu'il a vécu des déceptions par le passé tant dans ses attentes à l'endroit de la thérapie que dans ses rapports avec son thérapeute.

Aussi, nous avons fort à gagner à établir une bonne alliance thérapeutique.

### **1.1 Établissement de l'alliance thérapeutique**

Le bien-fondé de l'alliance thérapeutique est très bien documenté et n'est certainement pas le propre de l'approche cognitivo-comportementale. Comme le mentionne si bien Zarifian (2001) : « Quelles que soient sa sophistication et ses performances, la technique (stratégies d'interventions, orientations thérapeutiques, médications, etc.) ne peut abolir le psychisme du sujet souffrant, ni se substituer aux échanges humains nécessaires à la relation thérapeutique ».

À cet effet, plusieurs recherches indiquent : qu'il y a une corrélation significative entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats du traitement; que la façon dont le client participe dans les 3 premières entrevues est prédictive de l'aboutissement (résultat) du traitement; que la qualité de la relation thérapeutique est prédictive des résultats (Meichenbaum, 1999).

Meichenbaum a recensé dans différents ouvrages (Barber et al., 1997; Braucker, 1999; Crits-Cristoph et Connolly, 1999; Gaston, 1990; Horvath et Symonds, 1991; Kubany, 1998; Lambert, 1992; Safran et al., 1990; Strupp, 1995) une multitude de facteurs qui contribuent à l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Sans tous les énumérer, nous préciserons les ingrédients (attitudes de base et conduite clinique) qui ont contribué à l'instauration de l'alliance thérapeutique :

## **1.2 Attitudes de base et conduite clinique**

Comme dans tout processus thérapeutique, l'empathie, le respect, l'absence de préjugés, la compréhension de la perspective de M. B. se doivent d'être accompagnés d'une attitude chaleureuse et authentique.

- Le thérapeute est attentif à ce que M. B. dit, à la façon (comment) dont il le dit et à tout ce qui ne dit pas. Même s'il est détaché affectivement, le clinicien porte une grande attention à ses propres sentiments et réactions face au vécu de M. B.
  
- Le thérapeute inculque à M. B. l'espoir et transmet des attentes positives de changement.

- Le thérapeute valide son expérience.
- Le thérapeute apprécie les forces, les actions et les ressources que M. B. apporte à sa propre guérison.
- Le thérapeute développe une relation de collaboration, cherchant la rétroaction.
- Le thérapeute lui permet de ventiler ses émotions, puis il les normalise de même qu'il normalise et généralise le vécu, les symptômes et les manifestations, etc.
- Le thérapeute porte attention, lorsque M. B. décrit (verbalise) les événements traumatiques à ce que tout s'exécute de façon dosée, en prenant soin de ne pas le retraumatiser (cela fait référence à la fenêtre thérapeutique de Brière, 1992).
- Finalement, le thérapeute évite toute forme de critique, de commentaires péjoratifs ou culpabilisants.

### 1.3 Psychoéducation et recadrement des phénomènes observés

Étant donné que M. B. était resté sur son appétit pour ne pas dire déçu de sa première démarche thérapeutique, (entre autres parce qu'il ne comprenait pas ce qu'il vivait), nous avons pris soin de lui transmettre les informations jugées pertinentes à son état de santé.

Dès lors, nous avons postulé que si nous réussissions à remplir cette attente chez lui, cela devrait être des agents actifs et positifs à l'établissement de la relation de confiance qui, selon nous, conditionne le résultat thérapeutique. Pour ce faire, nous nous sommes largement inspirés des ouvrages de Black, (2002); Cordova, (2003); Herman, (1992) et Meichenbaum, (1994).

Les points suivants n'ont pas fait l'objet d'un discours didactique mais ont été incorporés aux échanges au cours des six premières entrevues :

- Reconnaître la gravité du trauma. Les événements traumatisants peuvent produire des symptômes chez presque tout le monde indépendamment de l'expérience prétrauma. C'est une réponse normale à une situation anormale.
  
- Faire comprendre à M. B. qu'il est normal qu'il ne veuille pas se remémorer les événements traumatiques car ils éveillent la souffrance. Par ailleurs,

quoique cette conduite d'évitement puisse avoir une valeur ponctuellement adaptative, elle nuit généralement au processus de guérison.

- Rassurer M. B. à l'effet que les symptômes sont régis par des automatismes hors de son contrôle volontaire.
- Informer M. B. sur les liens qui existent entre les symptômes chez lui.
- Utiliser la métaphore pour décrire les réactions immédiates et retardées. Celles-ci peuvent apparaître pendant, peu après et/ou beaucoup plus tard (ex. : images importunes, torpeur, rage, chagrin, etc.). Lui transmettre que le trauma signifie blessure. Tout comme le corps, la psyché et l'esprit peuvent aussi être blessés.
- Sensibiliser M. B. à l'effet que l'isolation sociale est souvent associée au problème mais qu'il est préférable de maintenir des liens et des relations avec autrui.
- Donner de l'information quant aux changements qui s'effectuent chez l'individu suite à un ESPT : au plan neurologique, dans la structure et les fonctions du cerveau de même que dans la façon de répondre aux facteurs de stress maintenant.

- Informer qu'il est possible que quelqu'un sente qu'il perd le contrôle interne (pensée intrusive, flash-back, attaque de panique, etc.). Cela ne veut pas dire qu'il est en train de devenir fou. C'est plutôt un signe qu'il y a des caractéristiques importantes à travailler concernant le trauma.
  
- Éduquer M. B. à propos des symptômes et des réactions aménagées par l'ESPT. Lui faire des commentaires sur le goût et les dangers de faire usage d'alcool et de drogues pour éviter ou réduire les symptômes.
  
- Informer M. B. à l'effet que l'ESPT peut affecter certains domaines comme la confiance en soi, l'intimité et les relations sexuelles.
  
- Restructurer chez lui les symptômes en tant que « signes à composer avec la situation » et « mécanismes de protection » faisant ainsi partie du processus de guérison. Par exemple : les idées et les souvenirs intrusifs et les cauchemars correspondent à la tentative du cerveau à assimiler l'expérience; l'évitement est une façon par laquelle l'esprit prend « une pause » afin de doser ou de « marcher à pas mesurés » afin de composer avec une certaine quantité de stress à la fois; le blâme de soi est une tentative pour prévenir une situation similaire dans le futur et pour contrôler les comportements futurs; l'hypervigilance s'actualise afin de se donner un sentiment de prudence (d'être alerte au danger).

- Préciser qu'étant donné ce qu'il a vécu, s'il n'avait pas de réactions de stress, n'était pas déprimé, n'était pas irritable et agressif, n'avait pas la mèche courte quelques fois, nous pourrions être vraiment inquiets. Ces comportements montrent qu'il est en accord avec ses sentiments. Encore une fois c'est une réponse normale à une situation anormale. Ce n'est pas un signe qu'il devient fou ou qu'il perd le contrôle.
  
- Indiquer que l'ESPT est réceptif au traitement et que la guérison peut être un processus de survie (communiquer de l'espoir).
  
- Indiquer à M. B. que, puisque nous commençons à nous centrer sur le traumatisme, il est possible que les symptômes s'aggravent avant de s'améliorer. Il faut s'y attendre. Il s'agit toutefois d'une étape nécessaire afin de pouvoir passer à travers ce qui est arrivé.
  
- Donner un aperçu des résultats à envisager : les symptômes peuvent éventuellement être contrôlés, réduits dans leur sévérité et fréquence, et possiblement éliminés (transmission d'attentes positives). Il faut également faire comprendre au client que ce processus l'aidera à acquérir une compréhension de ce qui s'est passé, ce qui se passe présentement, ce qui pourrait lui arriver et ce qu'il pourrait faire (transmission d'un sens de choix et de contrôle).

- Transmettre à M. B. que suite aux expériences vécues, même si cela peut paraître difficile à croire présentement, il va peut-être même y trouver des avantages au cours de sa vie. La volonté d'y faire face et de travailler les points négatifs ne seront que bénéfiques.
  
- Réitérer l'importance, pour le moment, de la prise de médication. En atténuant les symptômes, ce psychotrope facilitera l'accès au travail psychothérapeutique.

Au fil des entrevues, nous observons une certaine accalmie chez M. B. En effet, même si les symptômes n'étaient pas pour autant atténués, ce dernier se disait rassuré : « Ça me fait du bien de savoir et de comprendre un peu plus ce qui m'arrive ». « Je pensais que j'étais tout seul à vivre ça ». « Dans mon autre thérapie, même s'il (le thérapeute) disait me comprendre, tout en voulant se faire rassurant, il ne me donnait pas d'information sur ce que je vivais. »

Indéniablement, tout ce qui a trait à l'éducation au trauma fut de nature à stabiliser l'état de M. B. en plus de favoriser l'adhésion à la thérapie et la relation de confiance qui en découle. Par ailleurs, ces rencontres nous ont permis de comprendre davantage son mode de fonctionnement.

Au plan dynamique, celui-ci présentait une personnalité assez rigide, caractérisée par un raisonnement dichotomique. Ce manque de souplesse était susceptible, selon nous, de contribuer au maintien de l'anxiété et de l'agressivité qui l'habitaient. De plus, son mode de fonctionnement favorisait l'apparition et le maintien de certains schèmes de pensées non adaptatifs (voir les croyances de base). Le manque de discernement dont il faisait preuve à l'occasion, associé à sa difficulté à remettre en question l'interprétation et/ou l'analyse de certains faits, semblaient lui nuire considérablement.

La culpabilité qu'il entretenait à l'endroit des événements vécus lors de ses missions IV et V en était un bel exemple. Malgré son impuissance face aux dénouements tragiques desdits événements (étant donné que ces derniers furent le résultat des comportements et/ou de la décision d'autres gens), M. B. portait encore aujourd'hui le fardeau d'une responsabilité qui n'était pas sienne et qui le « grugeait » littéralement tant au plan cognitif qu'émotif.

À notre avis, ce sentiment de culpabilité prenait une telle proportion qu'il jouait un rôle déterminant dans les présentes affections (trouble dépressif et ESPT). Constamment envahi par l'horreur des événements et la honte de sa personne, celui-ci s'entretenait dans un marasme émotionnel qui maintenait chez lui la désorganisation au plan psychique.

## **2. Phase II**

Devant ce constat, la tentation était grande de procéder immédiatement avec la restructuration cognitive. Toutefois, le sentiment de perte de contrôle interne associé à un niveau d'anxiété élevé nous indiquait qu'il était préférable de s'adresser à ces composantes (manifestations) en premier lieu. Nous entretenions également l'hypothèse selon laquelle les gains que l'on obtient généralement à court terme avec l'application concrète de certains exercices visant la réduction de l'anxiété et le contrôle du stress, devraient renforcer sa motivation et son implication dans la démarche thérapeutique.

Aussi, à l'aide d'exercices respiratoires et la relaxation, nous avons travaillé à atténuer l'anxiété et du même coup, les réponses psychophysiologiques qui lui sont associées.

### **2.1 La rééducation respiratoire**

Le lien entre la respiration et les symptômes liés à l'anxiété est bien connu (Néron, 1992). D'ailleurs, la respiration et l'anxiété sont étroitement liées à la survie de l'individu et font partie intégrante de la réponse psychophysiologiques en situation de danger (Gagnon, 1996).

L'oxygène est essentiel à notre survie, mais au-delà de cette fonction de base, il joue un rôle déterminant en rapport avec les symptômes liés à l'anxiété.

La respiration consiste à absorber de l'oxygène en inspirant et à rejeter du gaz carbonique en expirant. Lorsque vous inspirez, l'oxygène est fixé par l'hémoglobine. Celle-ci distribue ensuite l'oxygène dans toutes les parties du corps. Lorsque les cellules ont utilisé l'oxygène pour leur fonctionnement, elles rejettent dans le sang un déchet appelé dioxyde de carbone (CO<sub>2</sub>). Le CO<sub>2</sub> est transporté jusqu'aux poumons, d'où il est expulsé par l'expiration.

L'hyperventilation est une augmentation excessive de la quantité d'air inspiré qui entre dans les alvéoles pulmonaires. Elle provoque une diminution du CO<sub>2</sub> et une augmentation de l'alcalinité dans le sang. Cela entraîne une constriction des artères, d'où le fait que la quantité de sang à se rendre au cerveau est réduite. De plus, l'oxygène transporté par le sang a moins de chances d'être relâché dans les tissus. Le cœur doit donc compenser par des battements plus forts et plus rapides. C'est ainsi que l'hyperventilation aggrave les symptômes comme les palpitations et la difficulté à respirer.

(Néron, 1992, p. 113)

Ainsi, en dispensant moins d'oxygène dans l'organisme, la respiration défaillante aménage et renforce les symptômes qu'elle engendre (confusions, étourdissements, sueurs froides, palpitations cardiaques, sentiment d'irréalité, etc.) provoquant alors la sensation de perte de contrôle interne.

Finalement, l'hypervigilance relève chez l'individu le niveau d'anxiété afin de parer à toutes menaces potentielles (Servan-Schreiber, 2003). Par rétroaction biologique (biofeedback), l'anxiété à son tour renvoie au cerveau des signes de

danger, le tout s'autoalimentant sous forme de cercle vicieux. D'où l'intérêt à régulariser l'anxiété.

Deux exercices ont servi la rééducation respiratoire, soit : la respiration campée sur le diaphragme et la respiration profonde. Ces dernières se veulent une version adaptée des techniques présentées respectivement par Barlow et Craske (1989) et Öst (1987).

## **2.2 La respiration campée sur le diaphragme**

Cette respiration s'apparente dans sa forme à celle que l'on fait dans notre sommeil.

Dans un premier temps, le sujet apprend à penser à sa respiration tout en respirant calmement. Puis, en plaçant la main entre le nombril et le plexus solaire, l'individu imagine respirer dans sa paume de main. La respiration s'effectue de façon régulière et de préférence par le nez.

La prescription : 2 fois par jour, durée 5 minutes

Une fois bien maîtrisée, cette technique est facile d'utilisation et M. B. peut y avoir accès en tout temps. Elle est particulièrement utile pour régulariser et/ou contrer les attaques de panique et l'hyperventilation.

### 2.3 La respiration profonde

Les adeptes du yoga affectionnent de façon particulière la respiration profonde. L'amplitude respiratoire amène un apport considérable d'oxygène tout en permettant l'évacuation du stress et de l'anxiété.

L'exercice consiste à prendre calmement une inspiration profonde par l'abdomen afin de faire le plein complet des poumons. Puis, M. B. retient sa respiration pendant quelques secondes et laisse l'air sortir lentement en se disant intérieurement des mots du genre « calme, relaxe, détendu ». Entrecoupé de quelques respirations « normales » (pour ne pas induire l'hyperventilation), puis il refait à nouveau le même exercice.

L'expression intérieure des mots « calme, relaxe, détendu » oblige le sujet à couper court à toute forme de pensées intrusives susceptibles de s'immiscer lors de l'exercice. De plus, elles ont une valeur « calmante » par voix de la programmation neurolinguistique.

La prescription : 2 fois à chaque heure, du matin jusqu'au coucher, pendant 4 semaines (après quoi, au besoin).

Nous suggérons à M. B. de faire cet exercice aux heures pour plusieurs raisons : l'exercice ne donne pas le choix à la personne de se centrer sur elle-

même, elle peut alors prendre conscience de ce qui l'habite tant au niveau émotionnel que cognitif; l'exercice est sujet à contrecarrer le cercle vicieux ci-avant expliqué; la respiration profonde étant un antagoniste à l'anxiété et à la situation de danger, elle permet de désengager un tant soit peu l'hypervigilance; l'exercice devient rapidement une période propice pour recadrer sa pensée (faire de la restructuration cognitive); finalement, si l'apprentissage prend la forme souhaitée, le client peut, par la suite y avoir accès à volonté pour favoriser le contrôle interne.

## **2.4 La relaxation**

Comme nous y avons fait allusion à la rubrique « Hypothèses de travail », l'anxiété, tout comme la tension musculaire et l'émotion à fleur de peau est reliée à l'activation du système sympathique (Godin, 1994). Le système nerveux central (SNC) est composé de deux sous-systèmes : le sympathique et le parasympathique. Ces derniers ne fonctionnent jamais en parallèle, c'est-à-dire lorsque le système sympathique s'active, le parasympathique se désactive et l'inverse se produit quand le parasympathique s'active, c'est le sympathique qui se désactive (Godin, 1994; Servan-Schreiber, 2003).

L'état de relaxation pour sa part correspond au fonctionnement du parasympathique. Il se veut ainsi un antagoniste à l'état d'anxiété. Étant

diamétralement opposé à l'émotion, la mise en route du parasympathique par les exercices de relaxation entraîne chez l'individu une diminution des symptômes anxieux et une augmentation du sentiment de contrôle interne (Godin, 1994). En s'appuyant sur des principes d'apprentissages, il importe de faire comprendre au client que ces derniers ont l'avantage d'être cumulatifs. Ainsi, progressivement, la personne développe la capacité de mettre sous contrôle le système neurovégétatif en induisant l'état de relaxation.

Il existe bien sûr plusieurs façons d'induire la relaxation. Par ailleurs, certaines techniques, telles la relaxation progressive de Jacobson et la relaxation autogène de Schultz, ont fait l'objet d'innombrables études qui ont démontré leur efficacité (Godin, 1993).

Aussi, d'un commun accord avec M. B. nous avons choisi d'utiliser la technique de relaxation progressive de Jacobson (1937; 1970). Celle-ci lui apparaissait dans sa forme comme étant intéressante et plus facile d'application.

## **2.5 Entraînement à la relaxation**

Cette technique consiste à contracter et à décontracter certaines parties du corps (groupes musculaires) : les pieds, mollets, cuisses, fesses, l'abdomen, la poitrine, les épaules, ainsi de suite. Cet exercice a pour but de faire prendre

conscience de l'état de contraction et de décontraction des muscles du sujet. Ainsi, le relâchement des groupes musculaires induit la détente et la relaxation. Une fois instruit de cet apprentissage, M. B. s'est dit volontaire et enthousiaste de pratiquer cet exercice chez lui à la maison.

La prescription : 1 fois par jour, durée 20 minutes

L'enseignement des techniques de rééducation respiratoire et de relaxation se sont échelonnées sur deux entrevues. Dès les premières journées de leur apprentissage respectif, M. B. s'est adonné systématiquement (religieusement) à la pratique de ces dernières. Rapidement il en a ressenti les bienfaits, ce qui renforça son intérêt à suivre les prescriptions ci-avant présentées. De plus, le fait de s'adresser directement aux symptômes somatiques a contribué à ce que le client se sente pris en main par quelqu'un qui ne craint pas ces réactions, ceci semble par ailleurs avoir bonifié le sentiment de sécurité entourant la relation d'aide.

Bien que les bénéfices en matière de contrôle du stress et de l'anxiété étaient ponctuellement au rendez-vous, la culpabilité et les remords entourant les événements traumatiques étaient tellement envahissants qu'ils venaient contaminer, en quelque sorte, les gains acquis lors desdits exercices tout en alimentant le trouble dépressif (en comorbidité).

Dans les circonstances, il était donc temps de nous adresser à la Restructuration Cognitive (RC).

## **2.6 Principes de base de l'approche cognitivo-comportementale**

Cette phase comprend ici un volet éducatif alors que nous devons enseigner à M. B. les principes de base de l'approche cognitive.

Selon le modèle cognitif de la détresse émotionnelle, pour reconnaître et comprendre la nature d'un trouble émotionnel, il faut se concentrer sur le contenu de la pensée et la réaction de l'individu à un événement auquel il est exposé, que ce soit dans le réel ou en imagination.

Nous observons deux structures de la pensée. Une structure cognitive primaire, qui donne un ton émotionnel immédiat aux situations auxquelles l'individu est exposé, soit les pensées automatiques, et une structure cognitive secondaire, qui influence directement comment la personne interprète les situations auxquelles elle est exposée, soit les schèmes. Les pensées automatiques sont qualifiées comme étant des structures primaires, parce qu'elles sont directement accessibles dans le rapport verbal de l'individu (j'ai besoin, il faut, je dois réussir, j'ai raté, je suis coupable, je ne suis pas correct, j'aurais dû, etc.). Les schèmes sont qualifiés de structures secondaires parce

que ces derniers sont accessibles seulement indirectement par le biais de thèmes récurrents que l'on déduit à partir d'un registre détaillé des pensées automatiques observées. Les schèmes non adaptatifs (NA) font référence aux croyances irrationnelles et aux distorsions cognitives bien ancrées à l'intérieur de l'individu (Laberge, 1996).

Les pensées automatiques et les schèmes s'influencent mutuellement pour déterminer la qualité émotionnelle de nos expériences. Ainsi, lorsque exposés à une situation, nous tirons de façon réflexe un ensemble de conclusions sur nous-mêmes et sur l'événement auquel nous sommes confrontés. Ces conclusions réflexes ou « pensées automatiques » moduleront en nous un ensemble d'émotions. Par la suite, dépendant des schèmes en place, l'individu va interpréter le tout de façon rationnelle ou irrationnelle, ce qui déterminera sa réaction émotionnelle et façonnera sa conduite. À leur tour, les schèmes influenceront (alimenteront) les pensées automatiques et ainsi de suite.

De cette compréhension théorique découlent quatre principes de base relatifs aux réactions émotionnelles (Beck, 1979; Ellis, 1970). Ces 4 principes ont été transmis à M. B. à travers le processus thérapeutique et non d'une façon didactique.

1<sup>er</sup> principe :

Un événement extérieur peut précéder une réaction émotionnelle, mais n'en n'est pas vraiment la cause directe. Il est au plus l'occasion à partir de laquelle apparaît la réaction émotionnelle.

2<sup>e</sup> principe :

La réaction émotionnelle que nous ressentons à la suite d'un événement est causée avant tout par la signification que nous donnons à cet événement et ce que nous nous disons à nous-mêmes concernant celui-ci.

3<sup>e</sup> principe :

La signification donnée à un événement peut être fausse ou inexacte; la réaction émotionnelle n'en dépendra pas moins de cette signification fausse (ou inexacte), plutôt que de l'événement lui-même.

4<sup>e</sup> principe :

Quand une personne a une réaction émotionnelle négative, excessive et prolongée à la suite d'une situation, on peut conclure presque certainement que la signification que la personne a donnée et donne encore à cette situation est fausse, irréaliste, extravagante, irrationnelle,

bref qu'elle déborde sensiblement de ce qui était inhérent à la situation, ou de l'interprétation qu'en ferait un groupe d'observateurs « objectifs ».

Ce 4<sup>e</sup> principe veut qu'une réaction émotionnelle négative intense et prolongée reflète habituellement l'entretien de croyances irrationnelles et/ou de distorsions cognitives. Nous disons « habituellement » car certaines circonstances extérieures peuvent être objectivement pénibles et entraîner naturellement des émotions négatives intenses. De même, ce modèle n'exclut pas la contribution des facteurs biologiques et/ou sociaux.

Voici le schéma que nous lui avons présenté afin qu'il comprenne l'objectif de l'intervention.

Cette théorie des émotions implique donc trois éléments :

**A : Événements/situation**



**B : Interprétation** (de l'événement et le langage intérieur correspondant)



influencée par :

→ **Schémes (NA)** (croyances irrationnelles et distorsions cognitives)

→ **Pensées automatiques** (conclusions réflexes)



**C : Réaction émotionnelle**

Dans ce modèle il est convenu d'appeler « A » l'événement extérieur qui a précédé (mais non causé) la réaction émotionnelle « C ». Dans ce modèle, nous proposons que la réaction émotionnelle « C » n'est pas produite automatiquement par l'événement extérieur mais par « B », soit l'activité cognitive (interprétation de A, langage intérieur relatif à) qui intervient entre les deux. Un postulat de base de cette approche soutient qu'une personne peut développer une plus grande conscience de cette activité cognitive intermédiaire et ainsi la contrôler et la modifier de façon critique pour parvenir à un fonctionnement personnel plus satisfaisant et adapté (Lagerge, 1996). D'où l'appellation : restructuration cognitive (RC).

Dans le but de visualiser et de mieux comprendre le contenu de la RC, vous retrouverez à l'Appendice B différents exemples de cette activité, tirés des entrevues que nous avons effectuées auprès de M. B. Les exemples en question se veulent à toutes fins pratiques les rudiments de l'intervention, et démontrent l'essence même de la RC. À noter que nous avons fait le choix de placer l'illustration de la RC à l'Appendice B pour ne pas interrompre la présentation du traitement.

L'objectif de ce type d'intervention est de favoriser du réaménagement au plan cognitif (psychique) chez l'individu. Il va de soi qu'en cours de session psychothérapique la RC s'exécute de façon dynamique et ce, à travers

l'interaction. Par ailleurs, si judicieuses soient-elles, nos interventions devaient demeurer respectueuses des limitations et schèmes de référence internes de M. B. En effet, bien que la confrontation s'exerce souvent dans ce genre de traitement, le tout doit s'inscrire à l'intérieur d'un processus d'évolution.

À la lumière des informations recueillies, il appert que l'événement survenu durant sa mission IV (guider les soldats) fut en quelque sorte le point de départ d'une perception défailante à l'origine du sentiment de culpabilité chez lui. Pour ces raisons, nous nous sommes adressés en premier lieu aux distorsions cognitives reliées à ce dernier.

Les schèmes NA étant très enracinés, cela lui apparaissait *a priori* invraisemblable de recadrer l'interprétation des faits alors qu'il ne serait pas responsable du dénouement. Toutefois, bien que l'approche lui soit apparue un peu ardue, M. B. est toujours demeuré participatif, assidu et volontaire en entrevue.

Progressivement, au fil des rencontres, il a apprivoisé et compris davantage les principes ainsi que les objectifs sous-jacents à la démarche thérapeutique. Aussi, après 6 séances de RC, M. B. dit ressentir une diminution de l'ordre de 50 % du sentiment de culpabilité qui l'habitait depuis sa mission IV. Associés à ce gain, nous observions une diminution du niveau d'irritabilité et

d'agressivité, les réviviscences étaient moins fréquentes et/ou désorganisantes, alors que les symptômes reliés au trouble dépressif avaient également diminué en intensité. Nous avons donc poursuivi la RC en portant un regard sur les événements survenus durant la mission V.

Malgré la « brèche » au plan cognitif que nous avons réussi à aménager chez lui, lorsque nous nous sommes adressés au contenu entourant l'événement où 2 jeunes se font tuer à bout portant, la culpabilité a remonté d'un cran tandis que les gains thérapeutiques acquis jusqu'à ce jour ont légèrement régressé. Cette réaction n'était toutefois que le reflet de l'importance du rôle que jouait la culpabilité reliée à l'événement travaillé à ce moment-là.

Durant toute cette période, il apparaissait évident que les exercices respiratoires et la relaxation étaient un bon complément, car M. B. pouvait, chaque fois qu'il en ressentait le besoin, recourir à ces exercices afin de favoriser de l'apaisement chez lui.

La 16<sup>e</sup> entrevue correspondait à la semaine où M. B. était libéré définitivement des forces armées pour les raisons médicales (ESPT et trouble dépressif majeur). Dès lors, nous avons constaté certains bienfaits reliés à la mise à distance du milieu militaire. Ledit éloignement prenait valeur d'évitement; toutefois, celui-ci était salubre à l'évolution.

À partir de ce moment, la RC s'est élargie aux thèmes (croyances) entourant les pertes encourues et conséquente aux événements traumatiques. Entremêlées de peine, de désarrois et de sentiment d'impuissance, les entrevues lui ont permis non seulement de ventiler ses émotions mais surtout de recadrer sa pensée et d'en arriver à faire la différence entre le pouvoir réel et le pouvoir d'influence. Ce faisant, il en arrive à départir (dissocier) ses propres comportements de ceux des autres, attribuant de ce fait la responsabilité à qui de droit. Ce réaménagement au plan cognitif s'est accompagné de soulagement au point où les symptômes dépressifs se sont atténués de façon considérable.

Bien qu'à cette étape l'irritabilité et les comportements agressifs avaient diminué eux aussi de façon significative, nous avons jugé tout de même à propos de lui enseigner quelques habiletés (coping skills) à déployer s'il était à nouveau habité d'agressivité.

La prescription se voulait de base et aussi simple que :

- identifier le plus rapidement possible l'agressivité en train de se bâtir chez lui;
- effectuer des exercices de respiration;
- prendre physiquement de la distance avec la source (ex. : la personne) impliquée;
- porter attention à ses cognitions et faire de la RC au besoin.

Somme toute, les changements précités, associés à des gains thérapeutiques appréciables, suggèrent dès lors que nous puissions envisager passer à l'étape subséquence, c'est-à-dire de travailler tout ce qui entoure le trauma proprement dit.

### **3. Phase III**

Indéniablement, le travail effectué dans les phases antérieures avait déjà fait son œuvre en ce qui concerne la restructuration des schèmes cognitifs liés au trauma. Sa perception des événements n'étant plus contaminée par les distorsions cognitives qu'on lui connaissait, ce fut plus facile pour lui de recadrer les événements traumatiques créant chez lui une réinterprétation des faits où le rationnel et l'objectivité sont à l'avant plan.

À cette étape, malgré les gains énumérés, il ne fallait pas sous-estimer les empreintes (racines) liées à son style éducatif d'où originait, selon nous, un mode de fonctionnement à l'intérieur duquel l'autopunition et la culpabilité régnaient.

Aussi, bien que nous observions que M. B. n'était pas totalement libéré de la culpabilité qui le rongait depuis toutes ces années, nous n'avons pas insisté

d'avantage sur ce point. En effet, le dégagement et la stabilité émotionnelle étaient bien suffisants pour que l'on débute un programme en matière d'exposition en imagination dans le but de désensibiliser les réactions émotionnelles liées aux scènes traumatiques.

### **3.1 Stratégies d'exposition**

Avant d'entreprendre toute forme d'exposition nous avons voulu vérifier les habiletés à l'hypnose dont disposait M. B. Dès la première séance ce fut concluant. En effet, il répondait très bien à ce mode de fonctionnement. Alors, à partir de ce moment, nous avons remplacé les exercices de relaxation progressive de Jacobson par de l'auto-hypnose pour induire celle-ci à la maison. Cette nouvelle activité était facile d'application par M. B. et elle s'est avérée, somme toute, encore plus efficace et plaisante d'exécution.

L'hypnose est définie avant tout comme étant un mode de fonctionnement alors que la relaxation est un état (Godin, 1994). Ainsi, grâce à l'intervention d'une autre personne, le sujet parvient à faire une certaine abstraction de la réalité environnante tout en demeurant en relation avec le thérapeute (Godin, 1991). Ce mode de fonctionnement privilégié fait apparaître des possibilités nouvelles dont le travail psychologique à un niveau inconscient (Erickson, 1980).

L'hypnose est associée également à un état de conscience modifié, caractérisé par une réceptivité nettement augmentée par la suggestion, alors qu'elle permet d'altérer les perceptions et la mémoire tout en aménageant la possibilité de contrôler un certain nombre de fonctions physiologiques (Barber, 1989).

Dans le cadre de notre travail, l'hypnose fut particulièrement utile, que ce soit pour revivre en imagination les scènes traumatiques, favoriser et renforcer la RC, de même que permettre un contrôle relatif sur le système neurovégétatif lors des séances d'exposition.

Il existe plusieurs techniques d'exposition en imagination. Cependant, elles ont toutes pour objectif la désensibilisation de la réponse anxiogène liée à des stimuli quelconques.

La désensibilisation systématique appelée aussi « inhibition réciproque » est une des techniques les plus connues et employées en thérapie comportementale (Ladouceur et al., 1980). L'hypothèse de base qui supporte cette stratégie d'intervention est que les troubles de comportement dans lesquels l'anxiété domine sont appris (Wolpe, 1952). Par la suite, le réflexe conditionné qui lui est associé, a la propriété de déclencher une réponse d'anxiété inadaptée,

en ce sens qu'elle apparaît dans une situation où il n'y a plus de menaces réelles.

Wolpe (1958) a démontré qu'on pouvait affaiblir ou supprimer la réponse d'anxiété à un stimulus considéré comme anxiogène chez la personne en provoquant chez elle une réponse antagoniste à l'anxiété (ex. : la relaxation) en même temps que le sujet était confronté au stimulus émetteur d'anxiété.

C'est ainsi que la relaxation, quelle que soit sa façon d'être induite, a obtenu ses marques de noblesse, de sorte qu'elle est quasi incontournable lorsque l'on fait appel à l'exposition en imagination. Par ailleurs, comme nous y avons fait allusion à la phase II, la compréhension entourant le rôle que joue la relaxation chez l'individu a bien évolué depuis, alors que son application pratique qui s'apparente à de la gymnastique du système neurovégétatif nous renvoie à une utilisation intelligente de cette dernière (Godin, 1994).

Bien que dans le cas de l'ESPT, la compréhension des mécanismes sous-jacents à l'apparition et au maintien de ce trouble s'est extensionnée ces dernières décennies en précisant l'implication de certaines parties du cerveau (voir page 24 de ce texte), la médication assortie de la désensibilisation est encore à ce jour un traitement de première ligne (Bleau, 2003).

En ce qui nous concerne, tout comme pour les exercices effectués par M. B. à la maison, c'est à travers l'hypnose que nous avons induit l'état de relaxation lors des séances d'exposition.

La procédure d'exposition que nous avons utilisée s'apparente dans sa forme à celle décrite par Lyons et Keane (1989). Une séance typique se déroulait comme suit :

- une quinzaine de minutes au début de l'entrevue servaient à faire une revue sur ce qui s'est passé durant la semaine entre les rendez-vous;
- 5 à 10 minutes de relaxation sous hypnose;
- 20 à 30 minutes d'exposition en imagination;
- 5 à 10 minutes de relaxation sous hypnose avant de terminer dans le but de s'assurer de la reprise du contrôle interne;
- 5 à 10 minutes de retour sur l'exercice et l'intégration de l'information.

Nous demandons à M. B. d'imaginer une scène traumatique présélectionnée aussi claire que possible comme s'il la vivait à l'instant même. Le client est encouragé à décrire la scène traumatique à la première personne et au temps présent. On doit s'assurer qu'il revit l'événement en incluant les indices internes et externes (pensées, émotions, réactions physiologiques,

comportements, lieux, interactions, etc.). La description doit comporter également ce qui s'est passé avant, pendant et après l'événement.

Étant donné la force des abréactions susceptibles d'émerger, nous avons choisi de faire de l'exposition par distanciation. Cette procédure consiste à demander au client de voir la scène se dérouler devant lui (à distance) comme au cinéma. Cette technique permet généralement d'aborder lesdites scènes avec moins d'intensité (Godin, 1992).

Dans cette même ligne d'idées, nous nous assurons que M. B. puisse tolérer, voire contenir l'augmentation (l'exacerbation) des symptômes qui accompagnent généralement les épisodes d'exposition. Pour ce faire, nous devons :

- avant tout, bâtir avec le client un lieu sûr (« safe place »). Cette mesure consiste à identifier avec lui un lieu de référence où il a vécu par le passé, un ou des sentiments positifs (bien-être, sécurité, joie, contrôle, calme, etc.) afin qu'il puisse y référer, mentalement, chaque fois qu'il désire afin de reprendre du contrôle interne. Le lieu sûr est particulièrement utile lorsque l'exposition en imagination est trop désorganisée ou encore en fin de session psychothérapique pour recouvrer un état de relaxation (de contrôle interne). M. B. a choisi une

scène qui s'est produite en Allemagne, en motocyclette alors qu'il roule au travers les montagnes dans la Forêt-Noire.

- respecter une fenêtre d'exposition (Brière 1992), c'est-à-dire fractionner les traitements, par exemple en subdivisant les scènes traumatiques tout en établissant une forme de hiérarchie allant de la partie (item) suscitant le moins d'anxiété à celle qui en génère le plus.
- finalement, préciser à M. B. qu'il est en contrôle de la séance en ce sens qu'il peut y mettre fin à n'importe quel moment.

Nous le prévenons que l'exposition est intentionnelle et qu'il est normal qu'elle éveille les mémoires traumatiques. Ce faisant, nous devons nous attendre à ce que les douleurs émotionnelles et les réactions somatiques qui s'y rattachent se réactivent. Nous insistons donc sur le fait que l'évitement est proscrit alors que la douleur et la souffrance liées aux abréactions vont être bénéfiques à la résolution de problème. De plus, nous lui mentionnons que nous devons refaire cet exercice à plusieurs reprises et ce, idéalement jusqu'à ce qu'elle n'évoque plus de réactions (souffrance) démesurée. « Il arrive que le client ait peur de se remémorer certaines scènes traumatiques, que ce soit par crainte de ne pas être capable de la contenir ou même encore de devenir fou ... Il est alors sécurisant et d'usage de préciser au client qu'il a survécu à

l'événement traumatique original; il est donc assurément capable de survivre au fait de s'en souvenir » (Rothbaum et Foa, 1992; 1999).

Nous expliquons à M. B. qu'après les séances d'exposition, il peut y avoir une recrudescence des symptômes et que parfois cela peut prendre quelques semaines avant qu'ils s'atténuent. Cette augmentation est temporaire et n'est surtout pas un signe que le traitement ne fonctionne pas ou bien encore qu'il perd le contrôle de lui-même. Ce sont en quelque sorte des effets secondaires à l'exposition et qu'ils font partie intégrante du processus de désensibilisation.

### **3.2 Déconditionnement des mémoires et des réponses traumatiques**

Comme nous y avons déjà fait allusion au chapitre de la restructuration des schémas cognitifs, l'événement survenu durant la mission IV fut un des premiers sinon le premier à affecter M. B. C'est d'ailleurs suite au dénouement de celui-ci que certains désordres comorbides, tels la consommation d'alcool et le jeu pathologique se sont manifestés. Pour ces raisons, d'un commun accord avec lui, nous avons mis l'accent sur le contenu de cet événement en premier lieu.

Lors des séances de désensibilisation, bien que les abréactions étaient intenses, M. B. arrivait à les contenir sans qu'on ait besoin de les fractionner pour en diluer la force (l'impact).

Bien qu'après la 4<sup>e</sup> session nous observions une baisse intéressante des réactions émotionnelles, la culpabilité refaisait surface de temps à autre, suffisamment pour venir contaminer les gains liés à la désensibilisation. Aussi, durant les 2 entrevues subséquentes, l'exposition était assortie de RC, en s'appuyant sur le matériel que nous avons utilisé auparavant mais cette fois-ci en hypnose sous forme de suggestion. Cette dernière s'est développée par la suite selon le modèle ericksonien. La suggestion s'inscrivait comme suit :

« Nous avons déjà constaté ensemble que ton interprétation entourant les faits survenus lors de tes missions peut être **remaniée**, par exemple : en acceptant l'idée que tu n'es pas responsable de la mort des enfants; que les vrais responsables sont ceux qui ont littéralement appuyé sur la gâchette; que d'aucune façon tu pouvais deviner ce qui allait se produire et encore moins d'avoir le contrôle sur le comportement de tes hommes... Aussi, à partir de maintenant tu peux te permettre d'être **bien**, tu peux te permettre de cesser de te culpabiliser ou d'avoir honte de quelque chose que tu n'as pas fait et dont tu n'es pas responsable ... Tu sais maintenant que l'analyse **peut changer**, la façon de percevoir **peut changer**, la compréhension **peut**

**changer**, de même que la manière de s'auto-évaluer **peut changer**... Par ailleurs, il est parfois difficile pour l'esprit conscient d'être **capable** de vouloir changer l'interprétation. Il est normal que ton esprit conscient ait de la difficulté à faire ce travail, à résoudre ce genre de problème, car il est freiné par les apprentissages, les expériences, le système de valeurs, etc. Par contre ton inconscient lui, peut le faire ... C'est pourquoi présentement tu es en train **d'apprendre**, sans savoir nécessairement tout ce que tu es en train **d'apprendre**, en fait tu es en train **d'apprendre** à laisser faire ton inconscient, tu es en train **d'apprendre** à lui redonner toute sa place afin qu'il puisse reprendre les commandes ... Comme tu sais, ton inconscient est là pour te protéger, pour régler les problèmes, les difficultés, il travaille sans relâche pour trouver des solutions là où l'esprit conscient a échoué... Ce travail immense s'accomplit indépendamment de notre champ de conscience ou de notre volonté... En fait c'est un peu comme lorsqu'on cherche un problème de mathématique le soir, sans le trouver, et que le matin au réveil, la solution au problème nous vient spontanément à l'esprit, dans ces cas là, c'est ton inconscient qui a travaillé pour toi la nuit durant, sans que tu le saches et surtout sans forcer ... Tout comme un ordinateur, l'inconscient est **capable** de bâtir et mettre en route des programmes de recherche de solutions afin de résoudre des problèmes et de réussir là où l'esprit conscient s'est avéré impuissant à le faire ... Aussi, c'est justement ce genre de programme

présentement qui se met en route, c'est ton inconscient qui se met à la recherche de solutions pour te permettre d'être **bien**, d'être mieux, d'aménager chez toi un sentiment de **bien-être**, de **confort**, de **confiance**, de **contrôle**, de **sécurité**... sentiments qui s'apparentent à des **ressources** qui font bien partie de ton répertoire, de ta personne... Je ne sais pas vraiment comment ton inconscient va s'y prendre pour y arriver, pas plus que je ne sais quelles vont être les **transformations** à l'origine du **changement**. Peut-être va-t-il simplement te permettre **d'interpréter** les situations de façon différente, peut-être qu'il va **modifier** les réactions émotionnelles liées aux événements entraînant par voie de conséquence un **changement** dans le contenu de la pensée, ça sera peut-être ton attitude ou tes comportements qui vont se **transformer**, peut-être que le processus de **changement** va demeurer inconscient le temps que l'intégration se fasse de sorte qu'un bon matin tu pourras rester **surpris** de tous les **changements** qui se sont accomplis chez toi ... Ce jour venu, tu pourras te permettre d'accueillir en toi le sentiment de **bien-être**, de **confort**, de **confiance**, de **contrôle**, de **sécurité**... Alors que la respiration profonde que j'observe chez toi présentement peut très bien être reliée à la bonne sensation que tu peux faire **confiance** à ton inconscient, alors tu laisses ton inconscient faire remonter en toi les **ressources** nécessaires pour régler les problèmes, les difficultés et pour ouvrir la possibilité de **changements**... »

L'amalgame de ces 2 stratégies a porté ses fruits. Dès lors il a atteint un niveau de confort où les cognitions et l'émotion cohabitaient de façon plus harmonieuse.

Par extension, M. B. se disait moins irritable, plus souriant, tandis que les cauchemars ont diminué tant en fréquence qu'en intensité. Aussi, afin de renforcer les gains thérapeutiques, nous lui avons suggéré d'appliquer, lors de ses séances d'auto-hypnose à la maison, cette technique d'exposition en imagination, selon les mêmes modalités.

Parallèlement, étant donné que M. B. était par le passé une personne sportive, nous lui avons suggéré quelques semaines auparavant de reprendre une routine d'exercices (jogging, hockey), ce qu'il fit d'ailleurs avec intérêt et satisfaction. Toutefois, souffrant de maux de cou et de migraine, son médecin lui fit passer des examens (radiographie et résonance magnétique) qui se sont avérés positifs en ce sens qu'ils ont révélé une anomalie, c'est-à-dire un glissement latéral de la colonne cervicale à la hauteur C<sup>6</sup> et C<sup>7</sup>. Son médecin lui a proscrit de pratiquer toute forme de sport et/ou exercices physiques tel la course à pied. Car semble-t-il, qu'advenant une autre blessure à ce niveau, il pourrait y avoir danger de paralysie.

Même si M. B. fut momentanément atterré par le diagnostic, son moral est demeuré bon. Tenace et déterminé, plutôt que de se laisser abattre par ce constat, il a décidé de canaliser ses énergies dans le travail. En effet, sans qu'on en discute au préalable, de sa propre initiative, il a commencé à travailler (comme homme à tout faire) sur un terrain de golf de sa région. Cette activité journalière l'anime et le valorise dès le début. L'environnement dans lequel il œuvre oblige les contacts interpersonnels, ce qui lui est très bénéfique. De plus, le fait de se concentrer sur une tâche concrète, l'esprit voyage moins dans le passé l'empêchant ainsi de venir contaminer le présent.

Étant donné les circonstances, nous avons décidé de suspendre momentanément les traitements en exposition. Aussi, les entrevues 23, 24, 25 et 26 ont servi à renforcer l'attitude de M. B. dans ses nouvelles fonctions au club de golf, tout en favorisant sa réintégration dans un milieu de travail tout à fait différent de ce qu'il avait connu par le passé.

Cette réintégration dans un milieu de travail s'effectuant de façon appropriée et même au-delà de nos attentes, nous pouvions envisager poursuivre le programme de désensibilisation que nous avons amorcé.

L'événement dont il a été témoin, soit l'assassinat de deux jeunes durant sa mission V, fut la scène suivante que nous avons abordée.

Dès le début de l'exposition, M. B. mentionne « j'aurais dû m'en douter qu'ils étaient pour se faire tuer. » Mentionnant, entre autres, qu'il aurait dû apprendre de la première fois, faisant référence à l'événement de sa mission IV. Aussi, s'appuyant sur les résultats antérieurs nous avons continué la procédure de désensibilisation sous hypnose en l'accompagnant de RC sous forme de suggestion. Le contenu de la RC s'apparentait à ceci : « *Je constate qu'il y a une partie de toi qui aménage encore aujourd'hui de la culpabilité relative au dénouement de cet événement. Ce qui est normal car tu as entretenu la certitude que tu en étais responsable pendant toutes ces années... Par ailleurs, maintenant pour en avoir parlé ensemble, tu sais qu'il y a une autre partie de toi qui est **capable** d'interpréter cette situation de façon différente alors qu'elle reconnaît ton innocence, en ce sens que tu en n'es pas responsable... Tu peux donc présentement et dans le futur te permettre d'être **dégagé** et de donner libre cours à cette pensée qui te soulage et qui te permet d'être **mieux**, d'être bien. À l'avenir, ainsi il t'apparaîtra de plus en plus évident que la responsabilité appartient uniquement à ceux qui ont posé le geste... Tu peux donc à partir de maintenant te permettre d'être **bien**, d'être **mieux**, d'être **dégagé**, alors que ce sentiment de bien-être est une **ressource**, une **ressource** qui peut maintenant remonter et prendre la place de tout autre sentiment ... »*

Durant les entrevues, nous étions à même de constater une fois de plus à quel point la culpabilité était reliée à la souffrance qui émanait de cette scène.

Pour cette raison, la RC s'avérait nécessaire, voire même une condition à la désensibilisation. Comme de fait, dès que le sentiment de culpabilité s'est désengagé, le déconditionnement s'est amorcé. Après 7 entrevues d'exposition nous avons obtenu les résultats espérés. M. B. pouvait enfin reparler et/ou se remémorer les événements traumatiques que ce soit celui-ci ou le premier que nous avons travaillé, sans que l'ensemble des émotions négatives (la détresse) se réactive et le désorganise.

Malgré les résultats précités, il appert que nous constatons encore une fois que le sentiment de culpabilité bien qu'il avait perdu beaucoup de son emprise, était encore omniprésent dans le discours de M. B. Toutefois nous n'avons pas jugé à propos de nous acharner sur cette composante étant donné les changements déjà encourus. Notre hypothèse étant qu'un changement radical et trop rapide amènerait chez lui probablement trop de dissonance cognitive, ce qui le ferait basculer inutilement dans un autre type de tiraillement émotif. Nous avons donc misé davantage sur le processus de maturation où, par chaînons associatifs, un travail au plan inconscient s'acheminera vers la résolution de problème à ce niveau.

Aussi, les traitements psychothérapeutiques se sont poursuivis selon les mêmes modalités. Nous avons donc abordé systématiquement les autres scènes traumatiques que nous avons déjà ciblées par le passé.

Selon toute vraisemblance, l'événement ayant trait à sa prise d'otage de 33 jours fut la situation la plus difficile à contenir et celle qui a probablement contribué le plus à conditionner chez lui l'hypervigilance. Attaché, seul à un poteau dans un champ, alors qu'on lui donnait le minimum d'eau et de nourriture, la peur de la mort (d'être tué) le hantait jour et nuit. Impuissant, il fut témoin d'atrocités telles : deux enfants qui se sont fait asperger d'essence puis, une fois enflammés, sont décédés devant lui ...

Épuisé, atténué et déçu, il en vint à souhaiter sa mort pour arrêter de souffrir!

Tout au long de nos rencontres nous pouvions observer comment profondément étaient enracinées la peur et l'impuissance occasionnées par cette situation. Constamment sur ses gardes, l'organisme était imprégné de cette ambiance où il n'y avait place que pour la tension, l'anticipation négative et le drame. C'est ainsi que le sentiment d'insécurité et la terreur dans laquelle il a baigné pendant plus d'un mois ont façonné chez lui l'hypervigilance.

Lors des séances d'exposition, l'intensité des abréactions était forte tandis que l'anxiété plafonnait. Nous avons tenté de fractionner la scène afin d'en diminuer (diluer) l'intensité dans le but d'aménager une fenêtre thérapeutique permettant à la désensibilisation de s'effectuer avec moins d'inconfort, mais en

vain. En effet, la scène demeurait pleine et entière, quasi indissociable. M. B. avait beau essayer d'imaginer une seule partie de l'événement qui se voulait moins perturbante, par exemple à son arrivée sur le site où il a été détenu, rien à faire, il glissait littéralement au cœur de la scène traumatique remettant en route les réactions émotionnelles qui s'y rattachent.

Devant ce constat nous avons modifié notre approche. Toujours sous hypnose, nous avons demandé à M. B. de bien s'ancrer dans le présent avec le bien-être et le contrôle qui s'y rattachent puis, un instant plus tard, de refaire une régression en âge (dans le temps) en s'exposant à nouveau à la scène ci-avant énumérée, le tout accompagné de RC sous forme de suggestions qui à la fois le guidait et le recadrait dans ce qu'il vivait. Dans le concret, cela prenait la forme suivante : *« Tu vas prendre le temps de bien te centrer sur ce que tu ressens dans ton corps présentement, alors que tu es conscient que tu es ici avec moi en toute sécurité ... Maintenant, au compte de 2 tu retournes au moment où tu as vécu l'événement (10 à 15 secondes d'immersion pas plus)... Maintenant tu reviens ici, c'est ça, c'est parfait, tu te recentres sur ton corps, tu respires bien, alors que tu prends conscience que tu peux reprendre le contrôle sur les réactions, de même que tu es conscient que tu es en sécurité. Tu peux donc te permettre maintenant de te sentir en sécurité car ce que tu vis présentement est dissocié de ton passé... »*

Nous avons donc fait cet exercice à plusieurs reprises, c'est-à-dire pendant environ 6 entrevues. Nous voulions ainsi créer une certaine dissociation entre le présent et le passé, tout en bâtissant chez lui un sentiment de contrôle interne connecté sur sa réalité actuelle, afin de lui permettre d'effectuer progressivement un retour dans le passé (l'événement) sans pour autant activer tout le sentiment d'impuissance et d'insécurité qu'il a vécu à l'époque. Dès la première fois que nous avons appliqué cette stratégie, M. B. disait ressentir un sentiment de bien-être lié au contrôle des réactions émotionnelles et au calme qui s'en est suivi.

Les bénéfices reliés à ce travail sont indéniables et nous ont permis de poursuivre le déconditionnement selon la procédure initiale, de sorte qu'après 8 sessions d'exposition, les gains étaient au rendez-vous. Comme pour les autres scènes, M. B. pouvait y référer à volonté sans qu'elles aient le pouvoir de perturber son équilibre et ses états d'âme.

Finalement, à l'entrevue suivante, nous nous sommes adressés à la scène dont il a été témoin où une femme fut crucifiée à une grange alors que son enfant pleurait à ses pieds.

Bien que cette dernière évoquait chez lui de la peine et de l'impuissance, rapidement, en l'espace d'une seule séance, l'inconfort qui s'y rattachait avait

diminué de façon significative. Par ailleurs, durant cette entrevue il nous mentionne avoir, de temps à autre, des flash-back de sa mission IV et ce, principalement lorsqu'il est ébloui par une source de lumière. Cette réviviscence réactivait chez lui l'image (souvenir) des coups de feu dans la nuit.

Bien que ces manifestations étaient de faible intensité et de très courte durée, nous avons décidé de les travailler sur le champ, d'autant plus que toutes les autres formes de symptômes d'intrusions n'étaient plus manifestes.

Pour ce faire, nous avons travaillé en régression dissociée. Cette technique consiste à demander au sujet de revivre l'expérience, mais d'en dissocier par exemple les émotions qui s'y rattachent. Concrètement, sous hypnose, nous avons demandé à M. B. de revivre l'événement sans les affects, ou encore de voir (revivre) les flashes lumineux causés par la détonation des armes à feu et d'en dissocier le dénouement. Cette technique avait pour but, entre autres, de fractionner les abréactions et d'en diminuer la puissance, tel que décrit par Erickson et Rossi (1979).

Nous avons répété cet exercice à l'entrevue subséquente pour nous apercevoir rapidement que le déconditionnement avait fait son œuvre. Nous en avons profité tout de même lors de cette entrevue pour lui enseigner quelques outils (coping skills) à utiliser dans le futur si jamais d'autres réactions du même

type (symptômes d'intrusion) se manifestaient, tels : pratiquer la respiration et la relaxation – mettre l'accent sur l'ici et maintenant – se concentrer sur la réalité actuelle plutôt que le passé – rester le plus calme possible...

Avec un certain recul, nous observions ce jour-là, les gains thérapeutiques avec beaucoup de satisfaction. En effet, l'humeur et l'affect étaient stables; le contrôle interne s'exerçait de façon appropriée; l'irritabilité et l'agressivité s'étaient plus qu'estompées; l'anxiété et l'hypervigilance quoique encore présentes avaient diminué de façon considérable; les fonctions associatives et cognitives étaient intactes; les symptômes d'intrusion étaient, à toutes fins pratiques, inexistantes; la pensée était fluide; le discours était élaboré et cohérent; la capacité de concentration était revenue presque à la normale; tandis que le sommeil était récupérateur et dépourvu de cauchemar.

De plus, malgré qu'il évitait au quotidien de parler ou encore d'écouter une émission de télévision à contenu de guerre, son attitude à ce niveau avait changé. Il apprivoisait progressivement les stimuli susceptibles d'évoquer chez lui des pensées et/ou des émotions associées aux événements traumatiques. Par exemple : retourner sur la base militaire revoir des amis ou encore être témoin (muet) d'une discussion, entourant les conflits dans le monde, etc.

Il continuera, bien entendu, à qualifier les atrocités qu'il a vécues ou dont il fut témoin d'absurdes et de barbares où la bêtise humaine est à son paroxysme. Il ne peut leur attribuer un autre sens que celui que « ça n'a pas de sens ... ». Par ailleurs, il est capable maintenant de figurer (d'accepter) que les missions de paix dont il a fait partie ont, selon toute vraisemblance, sauvé des vies humaines et empêché des massacres à plus grande échelle. Mince consolation direz-vous? Peut-être pas ... si l'on considère qu'en début de thérapie il entretenait de la culpabilité et de la honte de ne pas les avoir suffisamment aidés.

Dans un autre ordre d'idées, bien qu'il lui était encore difficile de contenir les relations affectives ou bien de ressentir des sentiments pour autrui (ce qui conditionnait d'ailleurs la mise à distance de ses enfants), il entretenait à l'époque une relation avec une femme, relation qu'il qualifiait de stable. Sans que ce soit le grand amour, il qualifiait cette relation de satisfaisante. Encore là, quoique la restriction des affects était encore manifeste, M. B. se disait volontaire à redresser cette difficulté chez lui. C'est ainsi qu'il s'efforçait, jour après jour, à s'impliquer (s'investir) plutôt que de couper les liens avec son environnement immédiat. À cet effet, même s'il envisageait éventuellement reprendre contact avec ses enfants, cela lui apparaissait prématuré et trop difficile de le faire à cette étape-ci de son évolution.

La réintégration dans un nouveau milieu de travail étant chose faite, après 49 entrevues de psychothérapie, l'activité en régression dissociée venait de clore le travail en matière de déconditionnement et la phase III par la même occasion.

#### **4. Phase IV**

Tel que ci-avant précisé, nous assistions à une évolution qui s'acheminait proprement vers un équilibre appréciable chez M. B.

Les faits que nous allons ci-après vous relater nous démontrent à quel point les gains thérapeutiques n'étaient pas aussi éphémères que nous aurions pu être tentés de le croire...

Tout d'abord, M. B. vivait depuis quelques mois beaucoup de pression financière (conséquence de la pension alimentaire qu'il versait à son ex-femme et des dépenses pour payer les dettes de sa conjointe) et de la tension (de l'appréhension) entourant son retour à la Cour pour le prononcé du divorce.

À travers tout cela, il apprit que sa conjointe était atteinte d'un cancer du sein. Consterné et inquiet, il prend la décision ferme de lui offrir tout le support dont elle aura besoin pour traverser cette épreuve. Mais voilà qu'un mois plus

tard, celle-ci lui apprend qu'elle avait un autre homme dans sa vie. Elle a même eu l'impudence de lui mentionner qu'elle l'avait délibérément exploité financièrement. Déçu et atterré devant ce constat, celui-ci eut peine à retenir sa colère. C'est alors qu'il a poussé brusquement la table de cuisine et lui aurait mentionné sur le coup de l'émotion en référant à son nouvel ami : « *Lorsque je vais le rencontrer, je vais le frapper jusqu'à temps qui saigne...* ».

Il importe de mentionner que suite à ses paroles il s'est immédiatement retiré dans sa chambre pour contrôler son agressivité en appliquant à la lettre les « coping skills » que nous avons préétablis, ce qui n'est pas peu dire dans les circonstances. Il n'a donc pas porté de geste (coup) physique sur la personne de sa conjointe.

Quelques heures après, une plainte de menace de mort fut déposée par sa conjointe. C'est alors que M. B. fut arrêté et conduit en prison par les policiers. Une fois incarcéré, étant donné le contexte, celui-ci eut plusieurs réviviscences de fortes intensités ayant trait à sa prise d'otage.

Devant les manifestations en présence, les policiers ont jugé bon de le transférer dans un hôpital plutôt que le garder en cellule jusqu'à sa comparution prévue pour le lundi suivant. Ce transfert lui a été très bénéfique. Rapidement, ce fut l'accalmie émotionnelle chez lui. M. B. devait reparaître 3 mois plus tard

devant la Cour de justice pour répondre de ses actes. Toutefois, entre-temps, son « ex-conjointe » s'est rétractée en fournissant des informations contextuelles aux policiers et aux procureurs de la couronne. C'est alors que les accusations de menace de mort sont « tombées ». Soulagé mais sans plus, en fait M. B. avait déjà, d'une certaine manière, digéré cet événement.

En thérapie, nous en avons profité pour renforcer les acquis tout en mettant l'accent sur le sentiment « d'efficacité personnelle perçue ».

Pour ce faire, en plus d'échanger avec M. B. de son attitude, ses comportements, ses capacités, etc., nous avons ciblé les points positifs, tout en prenant soin qu'il intériorise le crédit du changement, ensuite, nous avons procédé à du renforcement de la façon suivante : sous hypnose, nous demandions à M. B. de revivre certains faits à l'intérieur desquels il s'est senti efficient, en contrôle et fier de lui. Un bel exemple est la scène où, malgré la révolte et l'agressivité qui l'habitaient, il en vint à se contrôler de façon appréciable. Le renforcement durant cette activité était additionné de suggestions du genre : *« prends conscience maintenant de tes nouvelles habiletés et des changements qui se sont inscrits chez toi. – Malgré l'agressivité, la révolte et la déception tu as réussi à exercer un contrôle approprié sur tes pensées, tes comportements et tes émotions – tu peux donc te permettre d'être fier de toi, de ton attitude et de ta façon de te comporter – prends conscience de*

*toute l'évolution chez toi – cette évolution comme tu sais, est le résultat de tes efforts, elle t'appartient, c'est maintenant quelque chose qui fait partie de toi, qui fait partie de tes ressources ... »*

Souvent nous poursuivions la séance tout simplement en lui demandant de se centrer sur les changements qui se sont effectués chez lui tels : une meilleure concentration, la diminution importante des réviviscences, le sommeil profond et récupérateur, sans cauchemar, etc., et d'en savourer les bienfaits.

Ce travail s'est échelonné sur une période de 2½ mois, soit 5 entrevues, car compte tenu de l'amélioration chez M. B. nous avons convenu depuis l'entrevue 49 de distancier nos rencontres aux 2 semaines.

La 55<sup>e</sup> entrevue, pour sa part, correspondait à la dernière séance avec la périodes des fêtes : (Noël – Jour de l'An). Bien qu'il habitait seul en appartement il n'appréhendait pas du tout cet épisode précisant même « Je vais en profiter pour prendre ça relaxe ».

La période des fêtes fut plutôt tranquille. Un peu replié sur lui-même mais il en a profité pour faire de l'introspection. Après réflexion il en vint à la conclusion suivante : « Ce n'est pas de ma faute ce qui s'est passé durant mes tours » (faisant référence aux événements survenus en missions IV et V. « Je ne

peux pas te dire pourquoi c'est clair dans ma tête, mais c'est comme ça ». « Quand j'y repense c'est pu comme avant. C'est sûr ça me fait encore de quoi, mais quand j'y pense, j'ai juste de la peine pour eux autres (les victimes) ».

L'intégration des schèmes de pensées adaptatifs s'était faite. La pensée rationnelle était en correspondance avec les faits réels et avait prévalence maintenant sur les distorsions cognitives qu'il entretenait depuis les événements.

Depuis, il est plus serein, tandis que l'irritabilité et l'agressivité, à toutes fins pratiques, ne font plus partie de son quotidien.

Dès lors, nous avons extensionné nos rencontres aux 3 semaines et/ou au mois, question de s'assurer de la consolidation des gains thérapeutiques et de ne pas brusquer l'arrêt du suivi psychologique.

Durant cette dernière étape qui s'est échelonnée sur 3 mois (5 entrevues), nous avons fait de la prévention quant aux périodes susceptibles de réactiver chez lui des symptômes, par exemple : la période anniversaire des événements traumatiques, s'il est confronté à des facteurs de stress de haute intensité, etc. Nous l'avons éveillé également aux bienfaits de s'engager dans de nouvelles expériences positives et d'en éprouver, autant que faire se peut, du plaisir.

Ce dernier point semble avoir stimulé chez lui la réflexion et l'intérêt dans différents secteurs et sa vie. Étant plutôt actif de nature, au lieu d'attendre que le printemps se pointe pour recommencer à bouger (travailler au club de golf), il a décidé de prendre des petits contrats (6) de déblaiement de neige chez des résidences privées. Rapidement il lui attribue (à cette activité) une valeur sportive qui le sert bien au plan physique.

Progressivement il élargit le tout à sa vie affective. C'est alors qu'en prenant son courage à deux mains il décide de reprendre contact avec ses enfants et ce, après plus d'un an d'éloignement. Il dira : « Ça pas été facile, mais c'était agréable », « je ne peux pas dire qu'ils me manquaient beaucoup, mais des voir là, ça fait du bien ». « Malgré l'éloignement, les enfants m'ont très bien accueilli ». Il projette dès cet instant de les voir plus régulièrement.

Lors de notre dernière rencontre, M. B., pour sa part, nous réservait une petite surprise! En effet, il nous fait mention qu'il avait décidé de son propre chef, 2 mois auparavant de diminuer sa prise de médication... Dans un premier temps il a réduit de moitié la dose de 200 mg de Zoloft qu'il prenait quotidiennement depuis plus d'un an. Tandis que la journée avant notre dernière rencontre, il avait redivisé par deux ce qui équivalait maintenant à 50 mg. À ses dires, il n'y a eu aucune recrudescence des symptômes.

Dans le même souffle, sourire en coin, il nous mentionne être désolé de ne pas avoir respecté intégralement le contrat thérapeutique du départ! Devions-nous être mécontents ou fiers d'observer ce qui se dessinait devant nous?

Subséquentement, nous avons effectué 2 suivis téléphoniques à 1½ mois d'intervalle auprès de M. B. Chaque fois les conversations téléphoniques nous ont confirmé le maintien des gains thérapeutiques. La dernière fois que nous lui avons parlé, il avait repris son travail saisonnier au club de golf; bien que vivant seul il fréquentait une copine; ses rapports avec ses enfants n'étaient peut-être pas aussi fréquents et intenses que souhaité mais satisfaisants dans l'ensemble; finalement, il avait cessé complètement de prendre des psychotropes.

Somme toute, les traitements psychothérapeutiques au nombre de 61 se sont échelonnés sur une période de 19 mois. Les résultats se sont avérés probants dépassant largement les objectifs thérapeutiques que nous nous étions fixés initialement. Sans nécessairement avoir recouvré son équilibre d'antan (c'est-à-dire prétrauma) M. B. bénéficie actuellement d'un état de santé lui permettant de jouir à nouveau de la vie.

En résumé, nous avons illustré le déroulement de la démarche thérapeutique laquelle s'est effectuée en 4 phases. Le prochain chapitre, pour sa part, fait place à la discussion.

## **CHAPITRE 4**

### ***Discussion***

Il appert que cette étude nous offre du matériel intéressant et propice à la réflexion. Ne serait-ce que pour les résultats obtenus, il importe d'examiner les facteurs susceptibles d'avoir contribué à l'évolution de M. B. et d'en comprendre les mécanismes sous-jacents.

À notre avis, au moins 3 facteurs à l'intérieur du processus thérapeutique sont en lien direct avec les résultats obtenus. Nous faisons référence ici à la motivation du client que nous lions à la bonne relation thérapeutique, la capacité de résilience de M. B. et le choix judicieux et séquentiel du traitement.

Bien que la motivation soit intrinsèque à l'individu, nous la joignons à la bonne relation thérapeutique car nous croyons à l'influence de celle-ci sur le maintien de l'intérêt de M. B. tout au long du traitement. Il est toujours difficile d'évaluer l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats du traitement, toutefois, elle fut certainement un agent facilitant au processus en cours. En ce sens, le maintien de la motivation et de l'intérêt de M. B. à recouvrer l'équilibre fait en sorte qu'il est très fidèle (malgré la distance à parcourir) à ses rendez-vous et qu'il s'applique à bien faire les exercices prescrits. À cet effet, l'application systématique des exercices à faire en dehors des séances

thérapeutiques visait, entre autres, à le responsabiliser dans sa démarche et d'en faire un partenaire actif. Ce faisant, il lui était plus facile, par la suite, de s'approprier le crédit de son amélioration.

Par ailleurs, nul doute dans notre esprit que la capacité de résilience de M. B. est au cœur des transformations et de la résolution de problème. Nous allons donc nous adresser à la capacité de résilience chez M. B. Notre compréhension du phénomène prend source principalement dans les écrits de Boris Cyrulnik (2000; 2001).

La résilience fait appel avant tout à la capacité à vivre ou encore à se développer en surmontant un ou plusieurs traumatismes (Cyrulnik, 2000). La résilience n'a rien à voir avec l'invulnérabilité, la faiblesse psychique, la dégénérescence et encore moins la réussite sociale (Cyrulnik, 2001).

Se rapprochant de la compréhension de Milton Erickson, Cyrulnik fait référence aux ressources internes imprégnées chez l'individu dès les premières années de sa vie au cours des interactions précoces préverbales, où son entourage stable, sécurisant et aimant façonne chez lui le tempérament et le style comportemental qui lui permettent, lors d'une épreuve, de faire appel à ses ressources pour maintenir ou recouvrer l'équilibre. De par la complexité de l'être humain, même ceux qui ont été privés de ces acquisitions précoces peuvent les

mettre en place plus tard, entre autres, si l'on dispose autour de la personne souffrante et carencée quelques tuteurs de résilience (milieux et relations sécuritaires, stables, accueillants, affectueux, respectueux, etc.). Aussi, deux ingrédients semblent indispensables pour s'en sortir : un contexte d'accueil et les rêves (Cyrułnik, 2000).

Certes, à cause de l'idiosyncrasie qui caractérise l'individu, il est impossible de prédire avec exactitude l'impact que provoquera le trauma chez une personne donnée, de même que nous n'avons pas de certitude sur son devenir. Par ailleurs, à la lumière de la conception de ce qu'est la résilience (selon les avancés ci-avant énumérés) et la façon dont elle se construit, nous nous devons d'être très attentifs et conscients du rôle potentiel qui nous est attribué dans le contexte relationnel qu'est la psychothérapie.

En précisant qu'aucune souffrance aménagée par le trauma n'est irréversible, mais bel et bien métamorphosable si on offre des tuteurs de résilience à la personne lui permettant d'avoir accès ou de développer ses ressources, Cyrułnik (2001), fait forcément un clin d'œil à tout ce qui englobe le contexte psychothérapique. En effet, de par sa structure, son mode de fonctionnement, son encadrement et sa connaissance, la relation et le contexte thérapeutique sont ou peuvent devenir un terrain propice à la production de tuteurs de résilience.

Nous croyons que les transformations dont nous avons été témoin tout au long du cheminement thérapeutique sont en quelque sorte le reflet ou la démonstration de comment le processus de résilience chez M. B. s'est activé ou bâti une fois stimulé et assisté par l'ensemble des attributs liés au milieu thérapeutique.

Pour ce faire, il apparaît évident toutefois que la relation thérapeutique et les soins psychothérapeutiques se devaient d'être adaptés, d'une certaine manière, à sa personnalité, ses attentes et à la problématique elle-même.

Cette hypothèse tient du fait qu'il bénéficiait, avant qu'on le rencontre, d'un suivi psychologique. Malgré le temps (1 an) qui s'écoulait, M. B. avait la nette impression de « piétiner », tandis que le processus de résilience n'a jamais pris son envol. Est-ce dû à la relation thérapeutique comme telle, l'ambiance existante, le genre de traitements prodigués, etc.? Difficile à dire avec certitude, nous ne pouvons que constater et déduire.

D'un autre côté, toujours selon Cyrulnik (2001) pour que le processus de résilience s'enclenche il faut comprendre et agir. En ce qui nous concerne, c'est à travers la psychoéducation, l'enseignement des principes (modèles) thérapeutiques et l'application concrète des exercices que le tout s'est inscrit.

Plongé au beau milieu des guerres observant et subissant passivement les atrocités liées aux comportements humains où il n'y a plus de compréhension et/ou de logique qui tiennent; prisonnier par la suite d'une symptomatologie handicapante où le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle sont nourris par l'effervescence d'une culpabilité mal adaptée. Voilà ce qui l'habitait depuis plus de 7 ans. Il n'est pas surprenant dans les circonstances que la psychoéducation lui soit apparue comme une bouffée d'air frais. La compréhension des phénomènes observés qui en découlent lui renvoyait un sentiment de sécurité, renforcé d'un lieu de rencontre (associé au lien thérapeutique) où il pouvait se refaire parce que compris dans sa déchéance. Ce fut à notre avis le premier pas qui permit au processus de résilience de s'enclencher.

Par la suite, l'action directe sur les symptômes à travers la rééducation respiratoire, la relaxation, la RC, etc. ont permis à leur tour, l'engrenage du processus lui-même obligatoire à l'évolution et l'accès aux ressources.

Sans culpabilité, pas de moralité dira Cyrulnik (2001).

À la fois témoin passif et victime de la cruauté d'autrui, son système de valeurs fut terrassé par les événements traumatiques. Littéralement paralysé au plan psychique, il n'y avait place que pour la culpabilité, le remord et la honte. La

trame émotionnelle en était tellement contaminée que son esprit ne pouvait se frayer un chemin vers d'autres ressources ou interprétations. Envahi par les tumultes émotionnels, le système cognitif boycotté, il en vint à être prisonnier de lui-même.

Pour ces raisons, le fait de favoriser le contrôle interne que ce soit à travers les exercices respiratoires ou de relaxation lui a permis d'atténuer un tant soit peu la souffrance, devenant ainsi caractéristique d'un pas vers le changement... D'un autre côté, l'apaisement qu'il pouvait presque mesurer lors des exercices aménageait forcément une brèche au plan cognitif lui laissant nettement entrevoir que la souffrance pouvait être renégociable ...

Par conséquent, lorsque nous nous sommes adressés à la culpabilité via la RC, étant donné que le premier mouvement vers le changement avait précédé cet exercice, ceci lui a permis d'accepter (malgré les résistances qui s'imposaient), de recadrer certains schèmes de pensées NA.

Une fois le processus de RC mis en branle, il n'y avait plus de retour possible à la case départ pour lui, en ce sens qu'en admettant de dissocier sa part de responsabilités de celle des autres, son système de valeurs s'est vu soulagé d'une partie d'un fardeau qu'il ne pouvait contenir. Ce faisant, la culpabilité a nécessairement diminué en intensité, suffisamment pour endiguer le

trouble dépressif et nous permettre de nous adresser au déconditionnement des réponses et mémoires traumatiques.

Bien que dans le présent cas l'EMDR aurait sans doute été un outil thérapeutique privilégié pour certains thérapeutes, les informations recueillies lors des entrevues précédentes nous suggéraient plutôt d'utiliser l'hypnose. Premièrement, en plus d'affectionner l'hypnose, M. B. répondait bien à ce type d'interventions. Nous y voyions alors non seulement un intérêt à exploiter, mais également des indices d'une réponse favorable au plan thérapeutique. Deuxièmement, selon Erikson et Rossi (1976), l'hypnose est un outil important pour assouplir la rigidité des patients, ce qui devait s'avérer nécessaire dans le cas de notre client. Finalement, M. B. se disait incapable de se représenter les événements traumatiques de façon différente (par exemple en modifiant l'interprétation ou sa vision des faits). Aussi, en s'appuyant sur un des concepts de Lazarus (1984) à l'effet que, de façon générale, la personne éprouve de la difficulté à aménager dans la réalité ce qu'elle n'arrive pas à imaginer faire mentalement, nous avons choisi l'exposition en imagination sous hypnose assortie de RC sous forme de suggestion, afin de déconditionner les réponses et mémoires traumatiques, remodeler les schèmes cognitifs et renforcer les acquis.

Il nous est difficile ici de saisir avec exactitude l'impact de la suggestion appliquée lors des séances d'hypnose. Les tenants de l'hypnothérapie y

verraient peut-être la clef de l'accès aux ressources internes de M. B. d'où l'actualisation de la résilience chez lui... Par ailleurs, l'état de conscience modifié que suggère l'hypnose, associé à la RC, pourrait très bien s'apparenter au concept décrit par Coué (1915) s'avérant davantage être un état de croyance modifié après quoi, par chaînons associatifs ou reprogrammation, les schèmes de pensées NA se désengageraient permettant l'ouverture vers le changement chez celui-ci... D'un autre côté, ce n'est peut-être pas tant la suggestion que l'effet potentialisateur de l'image et du souvenir lors de l'exposition sous hypnose, qui engendrait des bénéfices substantiels en matière de désensibilisation...

En ce qui nous concerne, notre réflexion s'extensionne et se bâtit autour de ce postulat : la sollicitation des ressources mentales inconscientes qu'offre l'hypnose, a permis un travail qui s'apparente dans sa fonction à celui suggéré par l'EMDR, c'est-à-dire une connexion entre le néo-cortex et le système limbique, permettant enfin au cerveau de retraiter (digérer) l'information afin de résoudre le traumatisme enkysté dans le système nerveux. Ainsi, une fois les limitations acquises extraites, nous avons été à même d'observer la réorganisation globale de son fonctionnement tant au plan cognitif que comportemental.

Aussi, l'apport de l'hypnose en tant qu'ingrédient thérapeutique dans ce cas-ci nous apparaît évident et surtout elle s'est avérée très compatible avec la personnalité et le mode de fonctionnement de M. B.

Dans un autre ordre d'idées, étant donné la sévérité du trouble présenté, la stabilité des gains thérapeutiques nous préoccupait. Encore là, dépassant nos attentes initiales, ces derniers se sont maintenus et même renforcés dans le temps. Par conséquent, devant l'évidence de ces acquis nous n'avions point besoin de se référer à des outils de mesures psychométriques pour valider notre perception... À ce titre nous adoptons plutôt l'opinion de Zarifian (2001) selon laquelle : « seul le malade, à titre individuel, est capable de valider une thérapie par le degré de satisfaction qu'il en éprouve. Lui seul a le droit de dire : "je me sens guéri", ou plutôt : "je me sens plus heureux de vivre" ». Cette position est d'ailleurs renforcée par l'atteinte des objectifs qui étaient suffisamment clairs et spécifiques.

Finalement, tout au long de la démarche thérapeutique, outre le fait que nous avons vérifié périodiquement si M. B. continuait à prendre sa médication tel que prescrite, nous ne nous sommes pas attardés à celle-ci. La manière dont l'évolution s'est inscrite et la façon quasi naturelle pour M. B. de mettre fin à la prise quotidienne de médicament ne fait que renforcer, à notre avis, l'hypothèse selon laquelle « même si le développement de la vaste gamme des

médicaments psychotropes permet de réduire les symptômes, seule la psychothérapie – dans ses différentes versions cognitivistes, cathartiques, psychanalytiques – s'avère capable de résoudre la "question du trauma" », Crocq (2003).

En résumé, nous pouvons dire que les 3 facteurs ci-avant énumérés (la motivation de M. B. raccordée à la bonne relation thérapeutique, sa capacité de résilience et le choix judicieux et séquentiel du traitement) se sont entre-stimulés, contribuant à leur façon et à des périodes différentes du processus thérapeutique à la résolution de problème et par le fait même à l'atteinte des objectifs que M. B. s'était fixés en décidant de participer à une psychothérapie.

## **CONCLUSION**

Cet essai se voulait avant tout la description d'un processus d'intervention pour traiter le trouble : état de stress post-traumatique.

Il existe bien entendu, différentes approches pour le traitement de cette affection. Toutefois nous avons voulu mettre l'accent sur une façon de la traiter en utilisant le modèle de formulation de cas cognitivo-comportementale. Il appert que ce modèle facilite l'évaluation des déficits et des acquis de l'individu. Une fois le profil fonctionnel établi, une compréhension articulée s'en dégage, c'est alors qu'il devient évident pour le thérapeute et le client de saisir ce qui devrait être modifié et par quels moyens le réaliser. Après quoi, cette analyse se voit complétée par le choix judicieux et séquentiel de traitement psychothérapeutique. Cette stratégie d'ensemble s'est avérée très efficace. Le travail accompli et l'atteinte des objectifs viennent valider le modèle retenu et les stratégies d'interventions choisies.

L'expérience clinique auprès de militaires indique que la majorité des soldats sont des individus d'action, caractérisés par un mode de fonctionnement orienté vers le concret plutôt que l'abstrait (Routhier, 2004). Ceci étant dit, l'approche cognitivo-comportementale, de par sa structure et sa façon d'aborder les problèmes, se prêtait bien au style comportemental de M. B.

Le fait de commencer à travailler de façon concrète au niveau somatique a sûrement permis de créer une adhérence thérapeutique encore plus forte, entre autres, parce que le client s'est senti compris, validé et assisté dans la réalité de son vécu. C'était en quelque sorte lui renvoyer le message que l'on reconnaît (accueille) sa souffrance et que l'on peut agir sur celle-ci. Cette action, accompagnée du changement qui s'en est suivi, est devenu le germe de l'espoir. Après quoi le client était disponible et disposé aux autres interventions. Cet aspect s'est donc avéré crucial pour le maintien de son intérêt et sa participation active au traitement.

Tout au long de la thérapie, les symptômes chez M. B. se sont transformés alors que nous avons été en mesure d'observer le pouvoir qu'il se réapproprié. Résilient de nature, il fut en mesure, à travers la relation thérapeutique qui a fait foi de tuteur de résilience, de faire appel à ses ressources internes bien ancrées dans sa mémoire.

En remaniant la représentation de son trauma par la parole, l'action et l'image, il s'est départi de la honte, de la culpabilité, de l'horreur et de l'impuissance, sentiments incapacitants à l'origine du maintien de la désorganisation interne chez celui-ci.

M. B. n'oubliera jamais son passé, mais il peut maintenant y référer d'une manière supportable ...

## **RÉFÉRENCES**

- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J. D. Guelfi et al., Paris : Masson.
- Anciens Combattants Canada. (2001). *Le syndrome de stress post-traumatique et le stress lié à la guerre*. Canada : Auteur.
- Bandler, R., & Grinder, J. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Cupertino, California : Meta Publications.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficiency : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1976). Self-Reinforcement : Theoretical and methodological consideration. *Behaviorism*, 4, 135-155.
- Barlow, D.H., & Croske, M. (1989). La rééducation respiratoire. Dans Néron (1992). *Des outils pour maîtriser l'anxiété et la panique* (pp. 113-116). Montréal : Édition du Méridien.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Black, N.J. (2002). *Le stress post-traumatique et les techniques d'intervention de crise à la suite d'un traumatisme*. Document inédit.
- Black, N.J., & Lavallée, F. (2002). *Le syndrome de stress post-traumatique et les interventions cliniques à la suite d'un traumatisme*. Document inédit.
- Bleau, P. (2003, mai). *Pharmacologie pour l'état de stress post-traumatique*. Communication présentée au Colloque du Centre Sainte-Anne : Montréal, Canada.
- Bowman, M. L. (1997). *Individual differences in posttraumatic response : Problems with the adversity-distress connection*. Mahweh, NJ : Erlbaum associates.

- Brière, J. (1996). *Therapy for adults molested as children : Beyond Survival*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York : Springer.
- Brown, P.J., & OUMETTE, P.C. (1999). Special and substance use disorder and PTSD. *Psychology of addictive Behaviors*, 13.
- Cordova, M. J. (2003, mai). *La psychoéducation dans le traitement de l'ESPT*, Communication présentée au Colloque du Centre Sainte-Anne : Montréal, Canada.
- Coué, E. (1915). *De la suggestion et de ses applications*. Dans Godin (1993). Document inédit, Institut Milton Erickson de Paris.
- Crocq, L. (2003, mai). *Les traumatismes psychiques de guerre : une perspective historique*. Communication présentée au Colloque du Centre Sainte-Anne : Montréal, Canada.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- Cyrułnik, B. (2000). *Un merveilleux malheur*. Paris : Éditions Odile Jacob.
- De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Éditions Masson.
- Ellis, A., & Bernard, M. (1985). *Clinical applications of rational emotive therapy*. New York : Plenum Press.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy : a comprehensive approach to treatment*. New York : Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York : Stuart.
- Erickson, M. (1980). *The nature of hypnosis and suggestion*. New York, Irvington.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy and exploratory case-book*. New York : Irvington.
- Fensterheim, H., & Blazer, H. (1983). *Behavioral psycho-therapy : Basic principles and case studies in an integrative clinical model*. New York : Bruner/Mazel.

- Foa, E.B., Keane, K.M., & Freedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York : Guilford Press.
- Fontana, A., & Rosenbeck, R. (1996). An evaluation of the inpatient treatment of PTSD in Department of Veteran Affairs Specialized PTSD Programs. Dans Meichenbaum, D. (1999). *Treatment of post-traumatic stress disorder in adults : a cognitive-behavioral approach* (p. 5). Document inédit, University of Waterloo.
- Gagnon, L. (1996). *Gérer le stress*. Document inédit, Hydro-Québec.
- Godin, J. (1994). *Différence ou nuance entre l'hypnose, la relaxation, la sophologie, l'imagerie mentale, la PNL, l'état de transe, l'hypnose de music-hall, l'auto-hypnose et la nouvelle hypnose*. Document inédit, Société québécoise d'hypnose.
- Godin, J. (1993). *Formation à la nouvelle hypnose*. Document inédit, Institut Milton Erickson de Paris.
- Godin, J. (1992). *La nouvelle hypnose*. Paris : Bibliothèque Albin Michel : Idées.
- Godin, J. (1991). Hypnose traditionnelle et nouvelle hypnose, rupture ou continuité? *Phœnix* : 3 (11-12), 93-100.
- Hammond, D. C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York : Norton-Company.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York : Basic Books.
- Howard, L. (1982). *Therapies for adults*. New York : Jossey-Bass Publishers.
- Jacobson, E. (1970). *Modern treatment of tense patient : traitement contemporain pour les patients tendus*. Traduction française par M. Pléchaty. Document inédit, Université Laval.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago : University of Chicago Press, 1938, 16-17.
- Kressler, J. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psych.* 1995; 52 : 1048-1060.
- Laberge, B. (1996, novembre). *Application clinique des thérapies cognitivo-comportementales*. Communication présentée au Congrès de l'OPQ. Montréal, Canada.

- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.M. (1999). *Les troubles anxieux*. Montréal : Gaëtan Morin, éditeur.
- Ladouceur, R. (1980). *Les principes et applications des thérapies comportementales*. Saint-Hyacinthe, Québec : Édisem inc.
- Lazarus, A. A. (1984). *In the mind's Eye*. New York : Guilford Press.
- Lazarus, A. A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York : Springer.
- Lazarus, A. A., & Rachman, S. (1975). The use of systematic desensitization in psychotherapy. *South African Med. Journal*, 31, 934-937.
- Linehan, M. M. (1995). *Understanding borderline personality disorder the dialectical approach*. New York : Guilford Press.
- Lyons & Keane. (1989). Length and format of DTE sessions. Dans Meichenbaum, D. (1999). *Treatment of post-traumatic stress disorder in adults; a cognitive-behavioral approach* (pp.19-20). Document inédit, University of Waterloo.
- Meichenbaum, D. (1999). *Treatment of post-Traumatic stress disorder in adults; a cognitive-behavioral approach*. Document inédit, University of Waterloo.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook practical therapist manual for assessing and treating PTSD*. University of Waterloo, Ontario : Institute Press.
- Néron, S. (1992). *Des outils pour maîtriser l'anxiété et la panique*. Montréal : Édition du Méridien.
- Öst, L.F. (1987). La relaxation appliquée au contrôle de l'anxiété. Dans Néron (1992). *Des outils pour maîtriser l'anxiété et la panique* (pp. 93-104). Montréal : Édition du Méridien.
- Persons, J.A., & Tompkins, M.A. (1997). Cognitive-behavioral case formulation. Dans EELS, TD (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 314-339). New York : Guilford Press.
- Persons, J.A. (1993). Cognitive-behavioral case formulation. Dans EELS, TD (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation* (p. 314). New York : Guilford Press.

- Persons, J.A. (1989). Cognitive-behavioral case formulation. Dans EELS, TD (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation* (p. 314). New York : Guilford Press.
- Phillips, M. (1998). *The sari model : a four-stage approach to the hypnotic treatment of dissociative disorders*. Document inédit, Société québécoise d'hypnose.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1999). Exposure therapy for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 10, 1-6.
- Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1992). Effective treatments for PTSD. Dans Meichenbaum (1999). *Treatment of post-traumatic stress disorder in adults; a cognitive-behavioral approach* (p. 20). Document inédit, University of Waterloo.
- Routhier, C. (2004). Transfert et contre-transfert dans la clinique psychotraumatologique des soldats du maintien de la paix. *Revue francophone du stress et du trauma*, tome 4, 89-96.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Paris : Robert Laffont.
- Servan-Schreiber, D. (2003). *La thérapie E.M.D.R.* Document inédit, Institut E.M.D.R.
- Servan-Schreiber, D. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing psychotherapy : A model for integrative medicine. *Alternative therapies in health and medicine*, 8, 100-103.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures*, (2<sup>nd</sup> éd.). New York : Guilford Press.
- Sherman, A.R. (1973). *Behavior modification : Theory and practice*. New York : Brooks and Cole Publish Comp.
- Ucros, C. (2004). Approche somatique du psychotrauma. *Revue francophone du stress et du trauma*, tome 4, p. 121-128.
- Van der Kolk, B. A. (1996). *Traumatic stress*. New York : Guilford Press.
- Van der Kolk, B.A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories : review and experimental confirmation. *Journal of Traumatic stress*, 8, 505-525.

- Wolpe, J. (1975). *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibitions*. Stanford California : Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1952). Experimental neuroses of learned behaviours. *British Journal Psychological*, 43, 243-268.
- Yehuda, R. (1998). Resilience and vulnerability factors in the course of adaptation to trauma NC -. *PTSD Clinical Quarterly*, 8, 1-5.
- Zarifian, E. (2001). *La force de guérir*. Paris : Éditions Odile Jacob.

## **APPENDICES**

## **APPENDICE A**

### **Critères diagnostiques [309.81] <sup>1</sup>**

#### **Trouble État de Stress post-traumatique**

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

---

<sup>1</sup> *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR.*

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
  - (2) irritabilité ou accès de colère
  - (3) difficultés de concentration
  - (4) hypervigilance
  - (5) réaction de sursaut exagérée
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

*Spécifier si :*

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

## APPENDICE B

### Exemple de restructuration cognitive (RC)

Dans un premier temps nous nous sommes adressés à certaines pensées automatiques chez M. B. car ces dernières semblaient influencer (alimenter) largement la rigidité qu'on lui reconnaissait. La procédure qui va suivre, nous la pratiquons lors des entrevues, alors que M. B. se devait de poursuivre cet exercice à la maison.

- a) Identifier les obligations fictives (OF) dans son discours ou sa pensée pour les modifier par des mots où la souplesse ou la latitude règne.

EXEMPLE :

remplacer les OF du genre : il faut, je suis obligé, je n'ai pas le choix, je  
dois, etc.

par :                                   ça serait mieux, j'aimerais, ça serait plus  
conforme, ça serait le fun, j'apprécierais  
davantage, ça serait préférable, etc.

(Le tout s'exécute aux temps passé, présent et futur).

- b) Identifier les généralisations abusives (GA) dans son discours ou sa pensée, puis les modifier par des mots où la souplesse est plus conforme à la réalité.

EXEMPLE :

remplacer les GA du genre : toujours, jamais, tout le temps, etc.

par : la plupart du temps, généralement,  
habituellement, règle générale, etc.

- c) Identifier les raisonnements dichotomiques (RD) dans son discours ou sa pensée, puis vérifier les OF ou les GA susceptibles de nourrir lesdits RD ou encore trouver une façon de l'assouplir.

EXEMPLE :

« j'ai toujours eu le contrôle dans ma vie, maintenant je ne contrôle plus rien »

RC : règle générale j'avais le contrôle de ce qui se passait dans ma vie,  
présentement j'ai le sentiment d'en contrôler beaucoup moins.

Nous avons avantage également à recadrer l'anticipation négative et la dramatisation afin d'atténuer l'anxiété et la détresse émotionnelle chez lui :

**Exemple d'anticipation négative :**

« il n'y a plus rien de bon qui peut m'arriver dans ma vie »; « je ne pourrai jamais m'en sortir ».

RC : d'une part je ne suis pas devin alors je ne peux pas prédire mon futur avec exactitude – d'entretenir ce type de discours (pensée) ne fait qu'alimenter ma détresse et mon sentiment d'impuissance. – j'ai donc avantage à cesser d'anticiper et de me centrer sur le présent, puis d'identifier (énumérer) les petites choses qui vont bien dans ma vie et prendre le temps d'en ressentir les bienfaits.

**Exemple de dramatisation :**

« j'ai tout perdu, c'est épouvantable ».

RC : dans un premier temps il suffit de remarquer ce que j'ai pour constater que je n'ai pas tout perdu. – Par ailleurs je reconnais que c'est difficile à accepter et que c'est malheureux ce que j'ai perdu mais ce n'est pas catastrophique, surtout si je compare ce qui m'arrive à ce que j'ai vu lors de mes missions.

**RC fonctions des croyances de base de M. B.****1- a) Événement/situation :**

- Deux jeunes tués à bout portant par des soldats canadiens.

**b) Interprétations :**

- je suis coupable (responsable) de leur mort;
- c'est comme si c'était moi qui avait tiré sur la gâchette;
- j'ai honte de ce que j'ai fait;
- j'aurais dû avoir le contrôle sur mes hommes;
- tout le monde dans les mêmes circonstances penserait la même chose que moi.

**c) Émotions :**

- culpabilité;
- honte;
- remord;
- tristesse;
- agressivité dirigée contre lui-même.

**d) Confrontation et/ou analyse critique de l'interprétation (RC) :**

Notre rationnel s'appuyait sur les points suivants :

- Le fait de guider les soldats faisait suite aux ordres du commandement. À cet effet, la consigne était formelle à l'effet qu'ils devaient capturer les deux jeunes non pas les tuer. Son travail ne consistait qu'à les guider, en ce sens il a suivi les consignes à la lettre et ce, selon les attentes de l'état-major.
- Il n'avait aucun indice qui lui permettait d'appréhender (savoir) ce qui allait se passer.
- À partir de l'instant où les soldats étaient rendus à proximité des deux jeunes en ce qui le concerne, son travail était terminé.
- La réflexion de son coéquipier de même que la conclusion de l'enquête effectuée par les forces armées n'ont jamais fait allusion à quelque forme qu'elle soit de responsabilité de sa part.

- La responsabilité des actes commis (tel que l'enquête l'a démontrée) revient de droit à ceux qui ont délibérément fait feu sur les deux jeunes.
- Il est illusoire que nous pouvons exercer un pouvoir absolu sur le comportement d'autrui. Il était donc important de faire la distinction entre le pouvoir réel et le pouvoir d'influence.

**2- a) Événement/situation :**

La mort de deux jeunes, lors de sa mission V, tués par balle par des policiers locaux.

**b) Interprétations :**

- je suis coupable de la mort des enfants;
- j'aurais dû savoir ce qui allait se passer;
- tout le monde dans les mêmes circonstances penserait la même chose que moi;
- j'ai honte de ce que j'ai fait.

**c) Émotions :**

- culpabilité;
- honte;
- tristesse;

- agressivité dirigée contre lui;
- remord.

**d) Confrontation et/ou analyse critique de l'interprétation (RC) :**

Notre rationnel s'appuyait sur les points suivants :

- Cette situation s'apparente dans sa forme à ce qui est survenu lors de sa mission IV, en ce sens qu'objectivement il a suivi les ordres de l'état-major et que la conséquence (le dénouement) est indépendant de son propre comportement.
- Par ailleurs, ce qu'il avait vécu en mission IV ne devait pas être extrapolable à cette situation. Dans un premier temps, les gens responsables de la mort des enfants étaient des policiers. Son expérience de vie au Canada lui indiquait forcément que son geste de leur livrer les jeunes était d'usage. D'ailleurs, il entretenait à l'époque la réflexion que les enfants étaient pour recevoir tout au plus une fessée de la part de leurs parents une fois accompagnés par les policiers à la maison. Ainsi, jamais

il lui est venu à l'idée que les enfants auraient pu subir un tel châtement pour une infraction aussi mineure que de voler du fuel. Nous cherchions ici à court-circuiter l'idée qu'il aurait du savoir et/ou deviner le dénouement.

- Tout comme dans le cas de l'événement survenu en mission IV, aucune personne autour de lui, pas plus que les forces armées d'ailleurs, lui ont attribué un blâme. Défaisant ainsi sa thèse selon laquelle tout le monde penserait comme lui dans les mêmes circonstances.

**3- a) Événement/situation :**

- Tout ce qui entoure les dénouements survenus en missions IV et V.

**b) Interprétations :**

- je ne pourrai jamais me le pardonner;
- me pardonner équivaldrait à nier mes responsabilités.

**c) Émotions :**

- tristesse;
- impuissance;
- agressivité dirigée contre lui (autopunition).

**d) Confrontation et/ou analyse critique de l'interprétation (RC) :**

Notre rationnel s'appuyait sur les points suivants :

- De toute évidence, en s'appuyant sur les informations recueillies, M. B. s'attribuait une responsabilité qui dépassait largement son mandat en tant que soldat (sergent).
- De plus, il a été clairement établi lors des premiers exercices de RC qu'il n'était pas responsable desdits dénouements, pas plus qu'il avait le pouvoir de gérer (contrôler) le comportement d'autrui.
- Ainsi, son attitude et ses comportements étant dissociés des actes commis, la notion de pardon ne tient plus parce que la cause n'existe plus.

**4- a) Événements/situations :**

- séparation (divorce) et l'éloignement de ses enfants;
- son état de santé précaire;
- faillite personnelle;
- l'arrêt de sa carrière militaire pour cause médicale.

**b) Interprétation :**

- j'ai tout perdu;
- ma vie est finie;
- j'ai toujours eu le contrôle dans ma vie, maintenant je ne contrôle plus rien.

**c) Émotions :**

- impuissance;
- détresse émotionnelle;
- sentiment d'avenir bouché.

**d) Confrontation et/ou analyse critique de l'interprétation (RC) :**

Notre rationnel s'appuyait sur les points suivants :

Il était juste de conclure qu'il avait perdu beaucoup et que le contrôle tant dans sa vie en général que de son état de santé lui échappait.

Aussi, nous n'avons d'autres choix que de faire quelques petites brèches au plan cognitif du genre :

- Il n'avait pas perdu ses enfants, bien qu'éloignés de lui ils étaient vivants et que le moment venu rien nous indiquait qu'il ne pourra à nouveau reprendre contact avec eux et entretenir de ce fait une relation intéressante.
  
- Notre vie est finie que lorsqu'on est mort... Actuellement, quoi que sa vie ne corresponde pas à ce qu'il aimerait vivre, il est possible de faire des choix au jour le jour en tenant compte de ses capacités et possibilités actuelles et de réaliser qu'on peut influencer positivement le cours de notre vie au quotidien (redonner de l'espoir et un peu de pouvoir).
  
- Au chapitre des finances, bien qu'il doive payer une pension alimentaire, il reçoit une pension de retraité des forces armées et une indemnisation d'Anciens Combattants Canada pour ces limitations fonctionnelles. Cette rentrée d'argent est tangible et lui appartient en propre, ce qui oblige la réflexion qu'il n'a pas tout perdu.
  
- Quoiqu'il soit divorcé et éloigné de ses enfants, il entretient des liens affectifs avec sa copine et la fratrie.

- Il était inexact de prétendre qu'avant il contrôlait tout et que présentement il ne contrôle plus rien. Le ramener à l'effet que ce raisonnement dichotomique distorsionne la réalité des choses et entretient chez lui le sentiment d'impuissance. Il était préférable d'entretenir un discours plus souple et surtout plus conforme à la réalité comme : avant j'avais l'impression de contrôler beaucoup de choses dans ma vie. Maintenant beaucoup moins. Identifier les endroits et les situations où il exerce ses choix, son pouvoir afin de confronter sa pensée au quotidien.

**5- a) Événements/situations :**

- Souvenirs répétitifs;
- réviviscence.

**b) Interprétation :**

- Je ne suis pas capable de vivre avec ces images (souvenirs) dans ma tête.

**c) Émotions :**

- impuissance;
- détresse émotionnelle.

**d) Confrontation et/ou analyse critique de l'interprétation (RC) :**

Notre rationnel s'appuyait sur les points suivants :

- En plus de normaliser ses réactions (phénomènes) nous l'avons sensibilisé à l'effet qu'il n'était pas le seul à vivre ce type de difficulté. Par ailleurs, une fois désensibilisé (travail que nous ferons en cours de route), la plupart des gens arrivent à être capables de cohabiter avec les souvenirs douloureux, alors que les manifestations spontanées comme les réviviscences s'estompent et diminuent en nombre et en intensité.
  
- L'intervention ici visait davantage à aménager de l'espoir, qu'à faire de la restructuration cognitive proprement dite.

## APPENDICE C

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

---

Je, soussigné, autorise M. Richard Gagnon, psychologue à utiliser (à des fins de recherche et d'élaboration de document sous forme d'une étude de cas) les informations et renseignements concernant ma condition psychologique de même que le contenu des interventions psychothérapeutiques que l'on retrouve dans mon dossier.

De plus j'ai été informé et comprends que :

- La production dudit document se fera sous forme d'essai déposé ultérieurement au département de psychologie de l'UQTR dans le but d'obtention de grade de doctorat en psychologie.
- Le titre de la recherche (de l'essai) sera intitulé : « Traitement du trouble : état de stress post-traumatique (ESPT) par thérapie cognitivo-comportementale ».
- Le but de la recherche (l'essai) se veut essentiellement la description d'un processus d'intervention pour traiter le trouble : ESPT. L'essai en question va donc mettre en relief le travail psychothérapeutique effectué auprès d'une personne souffrant de cette affection.
- Il est établi et convenu que cette recherche (essai) ne comporte aucun risque sur le plan psychologique, physique, social ou autre. Par ailleurs, certains avantages lui sont reliés tels : recevoir des traitements psychothérapeutiques qui vont permettre de diminuer et même d'éliminer les symptômes incapacitants de la condition du participant; celui-ci va profiter d'un double suivi : médical et psychologique; finalement, les traitements psychothérapeutiques devraient améliorer les interactions sociales du sujet.

- Afin d'assurer le caractère confidentiel de l'étude en question, nous modifierons par exemple, les noms (le sien et ceux de sa famille), son lieu d'origine, ou tous les autres indices susceptibles de mettre en péril l'anonymat du participant.
- L'étude de cas porte uniquement sur le contenu et l'analyse des entretiens psychothérapeutiques. Ainsi, aucun test ou mesure psychométrique ne sera utilisé.
- Le participant n'est lié d'aucune manière à la présente recherche (essai) en ce sens qu'il peut, s'il le désire, se retirer et mettre fin à ses engagements en tout temps.
- À titre de directeur de recherche, l'essai s'effectuera sous la supervision de M. Gilles Dubois, Ph.D. professeur au département de psychologie de l'UQTR.
- L'ensemble du dossier du participant (client) va demeurer dans les archives de la Clinique de Psychologie Cap-Rouge. Conformément au code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec, la destruction des données et des informations contenues dans le dossier se fera 5 ans après la fin de la thérapie.

\_\_\_\_\_

Signature de l'utilisateur

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

jour    mois    année

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D.D.N. : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

jour    mois    année