

BIBLIOGRAPHIE EMDR

- L'EMDR, Docteur Christophe Marx, Éditions Eyrolles
- Marque au cœur, Éric de Soir, Éd. Garant
- Votre cerveau on a pas fini de vous étonner, Boris Cyrulnik, Christophe André, Thierry Janssen, JM Oughourlian, Patrice Van Eersel, Ed. Le livre de poche
- Le cerveau attentif, Jean-Philippe Lachaux, Editions Odile Jacob
- L'éthique relationnelle en psychothérapie, Yves Lefebvre, Ed. Enrick B.
- Interventions humanitaire en santé mentale dans les violences de masse, Evelyne Josse, Vincent Dubois, Ed. De Boeck
- Le traumatisme psychique chez l'adulte, Évelyne Josse, Ed. De Boeck
- Thérapie brève, principes et outils pratiques, Dr Yves Doutrelugne, Olivier Cottencin, Editions Masson
- Changer, Bill O'Hanlon, Ed. Le Germe
- Logique de la communication, Paul Watzlawick, Helmick Beavin, Don D. Jackson, Ed. Essais
- Le langage du changement, Communication thérapeutique, Paul Watzlawick
- Changements, paradoxe est psychothérapie, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish, Ed. Essais
- Stratégie de la thérapie brève, Paul Watzlawick, Giorgio Nardone, Ed. Seuil
- Le dialogue stratégique, Giorgio Nardone, Alessandro Salvini, Ed. Le Germe
- 14 leçons de thérapie stratégique, Jacques Antoine Malarewicz, Ed. ESF
- Pour une thérapie brève, Le libre choix du patient, Dr Luc ISebaert et Marie Christine Cabié, Ed. Erès
- Thérapie conjugale brève, Patricia et William O'Hanlon Hudson, Ed. Le Germe
- L'école de Palo Alto, Edmond Marc, Dominique Picard, Ed. Retz
- Initiation à la thérapie brève orientée vers les solutions, Benoît Demonty, Ed. Satas
- Principe de la thérapie brève, Thierry Melchior, Ed. Satas
- La thérapie avec la famille, Maurizio Andolfi, Ed. ESF
- L'homme qui répare les femmes - le docteur Mukwege, Colette Braeckman, Ed. GRIP
- Survivantes, les femmes violées en R.D Congo, Louis Guinamard hop, Ed. De l'atelier
- Après la catastrophe, sous la direction de Françoise Lauwaert, Ed. Civilisations 2007
- Psychothérapie de la dissociation et du trauma, sous la direction de Joanna Smith, Ed. Dunod,
<https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/9782100754106/Feuilletage.pdf>

ARTICLES

- « Traiter, prendre soin, guérir ... quelles différences ! », article de Michèle Quintin, dans le cadre de séminaire avec Betty Alice Erickson, 2011
- Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose, article de Marion Fareng et Arnaud Plagnol, dans PSN 2014/4 (Volume 12), pages 29 à 46,
<https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-29.htm>
- Le développement des syndromes psychotraumatiques, Quels sont les facteurs de risque ? Les réactions dissociatives péri-traumatiques, articles de Evelyne Josse, psychothérapeute, hypnose éricksonienne, EMDR, www.resilience-psy.com
<https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-29.htm>
- EMDR et dissociation, article de Pascal Dereau, psychologue EMDR-Belgium, <https://psycho-solutions.be/spip.php?article947>
- **La dissociation - Cyril Tarquinio**
Article de Marianne Kédia, La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme
- Institut Janet : <https://www.pierre-janet.org/nouvelles-approches-therapeutiques-dapres-les-travaux-de-pierre-janet-sur-la-dissociation/>
- Marue-France Grizard, article Empreintes précoces - <https://www.ifemdr.fr/les-empreintes-des-traumatismes-precoces-a-travers-les-therapies-emdr-et-sensorimotrice/>



Un trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble réactionnel qui peut apparaître à la suite d'un événement traumatique. Un événement est dit « traumatique » lorsqu'une personne est confrontée à la mort, à la peur de mourir ou lorsque son intégrité physique ou celle d'une autre personne a pu être menacée. Cet événement doit également provoquer une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur.

Qui en est atteint ?

Près de 90 % des Américains ont vécu un événement traumatique au cours de leur vie (accident de voiture, agression physique ou sexuelle, hold-up, prise d'otages, accident de travail, désastre naturel, etc.). De ce nombre, 9% ont développé un trouble de stress post-traumatique. Les taux peuvent varier en fonction du type d'événement et des caractéristiques de la personne exposée. Les femmes présentent un risque environ deux fois plus important de développer un trouble de stress post-traumatique. Au Canada, environ 830 000 Canadiennes et 370 000 Canadiens souffriraient actuellement de ce problème.

Symptômes du TPST

Une personne qui développe un trouble de stress post-traumatique présente trois grandes classes de symptômes :

- Elle revit continuellement la scène traumatique en pensée ou en cauchemars (symptômes de reviviscence)
- Elle cherche à éviter - volontairement ou involontairement - tout ce qui pourrait lui rappeler de près ou de loin le trauma (symptômes d'évitement et d'engourdissement émotionnel)
- Elle est fréquemment aux aguets et en état d'hypervigilance (symptômes d'hyperveil) malgré l'absence de danger imminent

L'intensité et la durée du trouble post-traumatique sont très variables, allant de quelques semaines à plusieurs années. Environ la moitié des personnes qui présentent des symptômes de stress post-traumatique s'en remettent spontanément en l'espace d'un an ou deux. Chez d'autres, le trouble de stress post-traumatique se chronicise.

Troubles concomitants

De 30 à 80 % des personnes atteintes d'un trouble de stress post-traumatique présenteront un épisode dépressif majeur. Elle se ressent par une lassitude extrême, une fatigue, un désintérêt pour ce qui vous entoure.

Les autres troubles qui peuvent apparaître sont les troubles anxieux, les problèmes de santé (fibromyalgie, douleurs chroniques), les troubles de la sexualité ou encore l'abus des drogues, d'alcool ou de médicaments.

Une personne qui a vécu un événement traumatique peut présenter un trouble de stress post-traumatique plusieurs mois, voire plusieurs années plus tard. L'apparition différée des symptômes peut faire suite à un événement déclencheur (anniversaire de l'événement, mise à la retraite, etc.).

FICHE DIAGNOSTIQUE

État de stress aigu

L'état de stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Il implique généralement une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'événement traumatique.

Le diagnostic d'état de stress aigu peut être posé, selon les critères du DSM-5 (1), de 3 jours à 1 mois après l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Après un mois, le diagnostic d'état de stress post-traumatique doit plutôt être considéré.

Un diagnostic de trouble de l'adaptation est considéré,

- lorsque la réponse à un événement traumatique ne rencontre pas tous les critères de l'état de stress aigu ;
- ou lorsque l'exposition à un événement stressant ne correspond pas aux critères de l'exposition à un événement traumatique.

Suivant le DSM-5, voici les critères diagnostiques de l'état de stress aigu, suite à un ou plusieurs événement(s) traumatique(s) (traduction libre de Psychomédia) :

- A. Exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :
 1. Vivre directement l'événement traumatique.
 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.
 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.
 - 5.
- B. Présence de 9 (ou plus) des symptômes suivants, de n'importe laquelle des 5 catégories d'intrusion, d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé, qui ont débuté ou se sont aggravés après la survenue d'un événement traumatique :

Symptômes d'intrusion :

1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.
2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.
4. Détresse psychologique intense ou prolongée ou réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Humeur négative :

5. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Symptômes dissociatifs :

6. Altération du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (par exemple, se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second, ralentissement du temps).
7. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

Symptômes d'évitement :

8. Efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à l'événement traumatique.

Symptômes d'activation :

10. Perturbation du sommeil (par exemple, difficulté à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).
 11. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation), généralement exprimés sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
 12. Hypervigilance.
 13. Problèmes de concentration.
 14. Pertes mémoire récurrentes.
 15. Réaction de sursaut exagérée.
- C. La durée de la perturbation (symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme. **Note** : Les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme, mais leur persistance au moins 3 jours et jusqu'à un mois est nécessaire pour répondre aux critères du trouble.
- D. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments ou alcool) ou à une autre condition médicale (par exemple, une légère lésion cérébrale traumatique) et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.