

## **Extraits d'une étude contrôlée et randomisée sur la Somatic Experiencing dans les cas de Troubles de Stress Post-Traumatique**

Danny Brom,<sup>1,2</sup> Yaffa Stokar,<sup>1</sup> Cathy Lawi,<sup>3</sup> Vered Nuriel-Porat,<sup>1</sup> Yuval Ziv,<sup>1</sup> Karen Lerner,<sup>4</sup> and Gina Ross<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Herzog Israel Center for the Treatment of Psychotrauma, Jerusalem, Israel

<sup>2</sup> Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, the Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel

<sup>3</sup> International Trauma-Healing Institute, Los Angeles, California, USA/Ra'anana, Israel

<sup>4</sup> Tel Aviv, Israel

Cette étude représente la première étude connue, contrôlée et randomisée sur l'évaluation de l'efficacité de la Somatic Experiencing (SE), une thérapie psychocorporelle intégrative pour le traitement des personnes souffrant de troubles de stress post-traumatique (TSPT). Elle a porté sur 63 participants qui répondaient à tous les critères du *DSM-IV-TR* pour les TSPT. Tous les participants ont d'abord effectué des entretiens cliniques de référence et des mesures d'auto-évaluation. Ils ont ensuite été assignés de façon aléatoire à un groupe d'étude ou à un groupe en attente. Les participants du groupe d'étude ont entamé les séances hebdomadaires, pendant 15 semaines, tandis que le groupe en attente ne recevait pas de séance pendant cette même période. Une deuxième évaluation a ensuite été conduite, suivie par une troisième après 15 semaines supplémentaires pendant lesquelles le groupe en attente a reçu une thérapie SE. L'évaluation prétraitement n'a pas montré de différences significatives entre les groupes. L'analyse en modèle mixte de régression linéaire a fait apparaître des effets significatifs des interventions sur la gravité des symptômes post-traumatiques et la dépression, tant en pré-post qu'en pré-suivi. Cette étude contrôlée et randomisée de la SE abouti à des résultats positifs indiquant que la SE peut être une méthode thérapeutique efficace pour le TSPT. Davantage de recherche est nécessaire pour comprendre quels groupes bénéficieront le plus de cette modalité de traitement.

Le traitement du TSPT a fait l'objet de nombreuses recherches. Même si des méthodes efficaces ont été mises à jour, aucune ne s'est révélée efficace pour toutes les personnes souffrant du TSPT. Outre les méthodes de traitements basées sur des preuves comme la théorie cognitivo-comportementale (y compris l'exposition prolongée, la thérapie du traitement cognitif, la psychothérapie brève et éclectique et l'EMDR), un certain nombre d'autres méthodes ont été proposées mais elles n'ont pas encore été suffisamment étudiées. Cette étude porte sur un protocole de 15 séances de Somatic Experiencing données dans un essai randomisé et contrôlé vis-à-vis d'un groupe de contrôle en attente, dans l'objectif d'évaluer l'efficacité de la SE.

La SE est une thérapie basée sur le corps utilisée pour traiter les personnes souffrant du TSPT. Elle inclut la conscience corporelle dans le processus psychothérapeutique, adoptant ainsi une approche unique par rapport aux autres méthodes de traitement du TSPT. La thérapie se focalise sur le fait de générer une conscience des sensations physiques internes, qui sont vues comme les vecteurs de la mémoire traumatique. Dans la théorie de la SE, les symptômes de stress post-traumatiques sont considérés comme une expression de l'activation due au stress et comme une réaction de défense incomplète à un événement traumatique. Du point de vue théorique, l'objectif de la thérapie est de libérer l'activation traumatique par une tolérance accrue aux sensations corporelles et aux émotions qui y sont liées, en invitant à un processus de décharge pour permettre à l'activation de se dissiper.

La SE se distingue des méthodes de thérapie d'exposition pour le traitement du TSPT par le fait qu'elle n'impose pas de raconter en détails les événements traumatiques. Elle requiert que le client soit véritablement présent aux souvenirs traumatiques qui déclenchent une activation élevée. L'objectif thérapeutique est de réduire la détresse et les symptômes causés par l'activation post-traumatique et de restaurer un fonctionnement sain dans la vie quotidienne.

Il existe à l'heure actuelle peu de littérature sur l'efficacité de la SE et elle est insuffisante sur le plan scientifique. Lors d'une expérience, une séance unique de 75 minutes a été donnée à 204 survivants du tsunami de 2004 dans le sud de l'Inde. Sur les 150 participants qui ont rempli les évaluations de suivi 4 et 8 mois plus tard, 90% ont fait état d'améliorations significatives ou de disparition complète des symptômes d'intrusion, de vigilance et d'évitement. Tout en reconnaissant l'absence de groupe de contrôle, les auteurs ont affirmé leur conviction que la SE avait aidé à résoudre les symptômes post-traumatiques.

Une autre intervention à la suite du tsunami a inclus 53 participants de 3 à 75 ans, qui ont reçu une ou deux séances de traitement un mois après le tsunami, suivies d'une évaluation un an plus tard. Les résultats, basés sur un formulaire d'identification des symptômes mis au point par l'équipe de recherche, ont conclu qu'immédiatement après la séance de SE, 67% des participants montraient une amélioration partielle ou complète des symptômes rapportés. Un an plus tard, 90% des 22 participants qui ont pu être localisés ont fait part du maintien de cette amélioration. Ici également, l'auteur a reconnu la nature exploratoire de l'étude et a appelé à la prudence dans l'interprétation des résultats étant donné l'échantillon réduit, l'absence de groupe de comparaison et le faible nombre de participants au suivi.

Même si d'autres méthodes sont devenue monnaie courante après que des essais cliniques aient prouvé leur efficacité, la SE n'a pas encore vu jusqu'ici son efficacité prouvée dans un cadre randomisé contrôlé ; c'est pourquoi l'objectif

de cette étude était d'examiner la SE dans une étude de ce type.

## **Méthode**

### **Participants**

Sur une durée de 3 ans, 63 personnes répondant aux critères d'éligibilité ont participé à l'étude : 32 femmes (50.7%) et 31 hommes (49.2%). Ils étaient âgés de plus de 18 ans, parlant couramment l'hébreux ou l'anglais et répondaient tous aux critères du DSM-IV-TR pour le TSPT. Après avoir rempli une évaluation complète, les participants ont été répartis au hasard en deux groupes : groupe d'étude ou groupe de contrôle en attente. Les évaluations préalables au traitement montraient une différence significative entre les deux groupes au niveau de l'âge mais aucune différence significative concernant les autres caractéristiques socio-démographiques (notamment genre, état civil, éducation, emploi, religion) ni dans le nombre d'années écoulées depuis l'événement traumatique.

Les participants avaient été exposés à une variété d'événements traumatiques ayant entraîné le TSPT : 28 accidents routiers (44.4%), 8 cas d'agressions (12.7%), 8 attaques terroristes (12.7%), 7 « autres types d'accidents » (17.5%), 5 cas de décès ou de blessure d'un membre de la famille (7.9%), 4 cas de trauma médical (6.3%), 2 cas de combat (3.2%) et 1 cas de menace (1.6%). Il n'y avait pas de différence significative dans l'attribution à un groupe.

### **Procédure**

L'étude a été menée en Israël par le Centre Herzog d'Israël pour le Traitement du Psychotrauma (Herzog Israel Center for the Treatment of Psychotrauma - ICTP) en collaboration avec l'International Trauma-Healing Institute (ITI). L'étude, notamment la procédure, les résultats escomptés, les bénéfices et les risques potentiels, a été présentée au Conseil d'examen institutionnel de l'hôpital Herzog (Herzog Hospital's Institutional Review Board) de Jerusalem, par le chercheur principal et le coordinateur de recherche. Elle a reçu l'approbation écrite du Conseil. Au cours de la période de l'étude, des événements hautement stressants ont également eu lieu dans le pays. En 2012 et en 2014, des guerres ont eu lieu à Gaza entre Israël et des factions palestiniennes. Plusieurs attaques terroristes ont aussi eu lieu dans la région de Jérusalem et tous les participants y ont été exposés directement ou indirectement. Aucune mesure de cette exposition n'a été faite dans le cadre de cette étude.

Les participants avaient été référés à l'ICTP pour faire l'objet d'une étude par le corps médical et de santé mentale. Des exposés sur la SE et l'étude ont été donnés au cours de réunions du personnel dans les cliniques concernées, des brochures de recrutement ont été distribuées et des annonces placées dans

des journaux locaux.

Les candidats ont participé à un premier examen téléphonique bref mené par le coordinateur de recherche et comportant des questions sur les événements traumatiques, l'histoire psychiatrique et les expériences traumatiques antérieures. Les candidats répondant favorablement aux critères d'inclusion ont été invités à une évaluation clinique approfondie à l'ICTP, composé de deux parties. Dans la première, le coordinateur de recherche a donné une explication détaillée du déroulement de l'étude et demandé le consentement écrit des participants. Un entretien ouvert sur les événements traumatiques et leurs séquelles a ensuite été mené et suivi d'une série de questionnaires à remplir. Le deuxième entretien était un entretien clinique mené par un examinateur clinique spécialisé afin de confirmer la présence du TSPT (conformément aux critères du DSM-IV-TR) en utilisant l'échelle CAPS.

Ont été exclus de l'étude les candidats qui, lors de l'évaluation avaient un historique de psychose, de lésions cérébrales, de tendances actives au suicide, d'usage de stupéfiants et de comorbidité psychiatrique autre que la dépression.

A la conclusion du processus d'évaluation, les 63 candidats qui répondaient aux critères d'inclusion ont été acceptés dans l'étude et assignés par le coordinateur de recherche à un des deux groupes (intervention ou en attente), en fonction d'une liste prédéterminée créée avant le début de l'étude. Seul le coordinateur de recherche avait accès à la liste, ce qui garantissait que les examinateurs cliniques et les thérapeutes ne connaissaient pas la composition des groupes. Le processus randomisé n'était ainsi pas pollué.

A la fin du traitement par la SE, les participants du groupe d'intervention ont rencontré l'examineur clinique pour une deuxième évaluation utilisant les mêmes interviews et questionnaires qu'au début. Les participants assignés au groupe en attente ont également participé à la deuxième évaluation à la fin de leur période d'attente de 15 semaines, après laquelle ils ont reçu une thérapie hebdomadaire de 15 semaines identique à celle donnée aux participants du groupe d'intervention. Parce que les deux groupes ont été évalués à la fin d'une période de 15 semaines, l'examineur n'a pas pu savoir à quel groupe le participant avait été assigné, même s'il ou elle avait évalué le même participant auparavant. Une troisième évaluation finale a eu lieu 15 semaines après la deuxième. Il était de plus demandé aux participants de ne pas mentionner le groupe auquel ils avaient été assignés ni le fait qu'ils avaient ou pas reçu une thérapie. Une troisième et dernière évaluation a eu lieu 15 semaines après la deuxième.

Au cours de l'étude, 10 participants (5 de chaque groupe) ont abandonné le processus. Dans le groupe d'intervention, quatre participants ont décidé de ne pas poursuivre la thérapie après une ou deux séances et un patient a connu une

rechute d'une maladie physique entre la première et la deuxième évaluation. Dans le groupe en attente, trois participants ont choisi de quitter l'étude et de ne pas demander de thérapie et deux autres ont quitté en cours de thérapie. Tous ont pris cette décision de leur propre chef et ont ensuite été contactés par le coordinateur de recherche. Pour autant que nous le sachions, toutes ces décisions ont été prises pour des raisons personnelles et pas pour des raisons liées à la thérapie en tant que telle ou à son contenu. Aucune réaction contraire n'a non plus été mentionnée par les thérapeutes ou les participants.

Sept thérapeutes pourvus d'une expérience considérable dans le traitement du TSPT ont été recrutés pour l'étude. Tous étaient agréés par le Ministère de la Santé israélien et certifiés par la « Foundation of Human Enrichment (FHE) des Etats-Unis. Un protocole de thérapie en 15 séances avait été conçu pour l'étude, détaillant le matériel et le travail thérapeutique à couvrir à chaque séance. Les thérapeutes avaient pour consigne de suivre un protocole précis et de recevoir une supervision individuelle ainsi qu'un certain nombre de supervisions additionnelles en groupe avec tous les thérapeutes. La supervision garantissait que les thérapeutes adhéraient au protocole de l'étude. De plus, les thérapeutes ignoraient à quel groupe le participant avait été assigné afin de minimiser les préjugés et d'éviter le biais de « faire plus d'effort » avec certains participants, même inconsciemment.

Les premières séances thérapeutiques ont été consacrées à présenter la SE et à créer la relation thérapeute-client. Le matériel psychoéducatif couvrait les concepts de base de la SE : le concept de traumatisme, la guérison par le corps, les vortex traumatique et de guérison, le ressenti du felt sense, la titration (comment maintenir l'activation à un seuil bas durant le traitement des déclencheurs traumatiques), la pendulation (balancer entre les parties régulées du corps et les parties dérégulées) et la décharge (comment faire se dissiper l'activation). La première phase du travail thérapeutique était d'enseigner à tous les participants à réguler leur corps par le biais de l'identification et/ou de la création d'une liste de ressources à utiliser pour réduire l'activation. Une fois qu'une stabilité était créée, des concepts plus avancés de SE ont été introduit, comme le pistage des sensations, des images, des comportements, des affects et des significations et aussi la compréhension des manifestations du trauma dans chaque domaine. Chaque séance incluait aussi une vérification des changements intervenus dans les symptômes de TSPT en fonction d'une liste de symptômes élaborée durant les premières séances. Des tâches à faire à la maison étaient aussi données et révisées comme le fait de pister les sensations dans le corps et de pratiquer l'auto-régulation entre les séances. Les événements traumatiques ont graduellement été introduits pendant les séances 3 et 4 et pleinement explorés dans les séances 5 à 11. Le travail thérapeutique s'est alors focalisé sur l'utilisation de l'histoire traumatique, ou des parties de celle-ci, pour déclencher des activations du système nerveux autonome, pister les réactions du corps et guider sa décharge. Dans les séances finales, le travail s'est centré sur la façon de maintenir les gains de la thérapie, la

gestion des niveaux de stress et les perspectives de vie futures à la suite du trauma.

## **Mesures**

Les symptômes de TSPT ont été évalués par le biais de l'échelle CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale), qui est une entrevue structurée en 30 points correspondant aux critères du TSPT. Elle est considérée comme la norme en matière d'évaluation de TSPT. L'échelle Caps peut être utilisée pour établir un diagnostic actuel (du mois passé) ou de la vie entière, sur la base de 17 symptômes de TSPT. Elle permet de fixer un score de gravité. Elle a été conçue pour pouvoir être appliquée par des cliniciens et des chercheurs cliniques ayant une connaissance de travail du TSPT mais aussi par des paraprofessionnels dûment formés.

Les critères d'exclusion ont été évalués en utilisant la version en hébreu de l'Entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID) qui est une entrevue semi-structurée qui évalue 33 des troubles psychiatriques les plus fréquents décrits dans le DSM-IV. Elle permet au clinicien d'adapter les questions pour correspondre au niveau de compréhension du patient, de poser des questions supplémentaires pour lever des ambiguïtés et de poser un jugement clinique sur la gravité des symptômes.

L'Echelle de diagnostic post-traumatique (PDS) a aussi été évaluée dans sa version en hébreu. Le PDS est une auto-mesure en 49 points destinée aux adultes. Son score total reflète la fréquence des 17 symptômes de TSPT dans le dernier mois, ainsi que le nombre de symptômes vécus, leur gravité et il fixe un score d'incapacité fonctionnelle.

Les symptômes dépressifs des patients ont été évalués par l'Echelle de dépression du centre pour les études épidémiologiques (CES-D) qui est une auto-évaluation en 20 points mesurant les symptômes de dépression dans la population générale.

## **Résultats**

L'effet du traitement par la SE a été évalué en utilisant un modèle linéaire mixte ayant comme facteurs la condition (intervention et attente) et le temps (T1, T2 et T3) et comme variables dépendantes la gravité des symptômes post-traumatiques (mesurés par le CAPS et le PDS) et la dépression (mesurée par le CES-D).

Le modèle mixte démontre qu'à la première mesure et à la troisième mesure, après le traitement donné aux deux groupes, l'évaluation des

symptômes post-traumatiques basés sur le CAPS ne montrait pas de différences statistiquement significatives. Par contre, lors de la deuxième mesure, lorsque le groupe d'intervention avait reçu un traitement et le groupe en attente pas, le niveau des symptômes post-traumatiques dans le groupe d'intervention avait diminué de manière significative, alors que pour les participants en attente, il était resté stable.

Pour tester la diminution générale des symptômes entre la première et la troisième évaluation, des modèles portant seulement sur les effets principaux ont été calculés. Ces modèles ont confirmé que la diminution générale des symptômes était statistiquement significative. Au plan clinique, mesuré par le CAPS, le traitement a permis d'inverser le diagnostic de TSPT pour 44,1% de l'échantillon. Cette situation a été maintenue lors du suivi.

## **Discussion**

De cette première étude contrôlée et randomisée de la SE pour le TSPT, nous concluons que la SE est un traitement efficace du TSPT. L'échantillon était composé de personnes avec divers traumatismes qui avaient eu lieu en moyenne 4 ans auparavant. La plupart de ces traumatismes étaient de nature civile, bien que quelques participants aient vécu des combats ou des actes terroristes.

Dans plusieurs méta-analyses faites dans le passé, un certain nombre de traitements des traumatismes ont été considérés comme efficaces, sans que suffisamment d'éléments de preuve aient pu être trouvés pour différencier les effets des méthodes. D'après une analyse sur le nombre nécessaire de patients à traiter, les résultats de cette étude se situent dans la fourchette des thérapies efficaces. Il y a donc de bonnes raisons d'inclure la SE dans cette catégorie.

Les résultats présentés dans cette étude montrent un effet net à la fois sur les symptômes du TSPT ou de la dépression, même si les résultats cliniques devraient être considérés comme modérés (44.1% des participants a perdu le diagnostic de TSPT).

L'intervention a été réalisée pendant une période continue de trauma collectif et d'insécurité dus aux troubles politiques en Israël, notamment deux guerres (2012 et 2014) ainsi que des attaques terroristes continues. Bien qu'il soit difficile d'évaluer l'impact de ces guerres et de cette violence permanente sur les scores des participants, il est clair que l'étude a eu lieu dans un champs traumatique continu pour à la fois les participants et les thérapeutes. Un des exemples les plus extrêmes de cet état de fait est qu'une participante était là pour recevoir un traitement quelques années après avoir été victime d'une attaque terroriste. Pendant le traitement et la période de suivi, deux attaques terroristes supplémentaires ont eu lieu dans le quartier où elle habite. Un autre participant était depuis 20 ans le responsable des soins à apporter aux victimes d'attentats terroristes dans sa communauté et au cours de l'étude il exerçait toujours la même fonction.

La SE est un type de traitement qui permet aux thérapeutes d'adopter une posture thérapeutique différente par rapport à d'autres thérapies, à la fois en

permettant une guérison sans devoir relater à nouveau explicitement les événements traumatiques et également par l'accent mis sur la libération des tensions corporelles.

D'une certaine manière, la SE ressemble aux pratiques de pleine conscience qui font désormais partie de nombreuses approches thérapeutiques ainsi qu'au neurofeedback par l'accent qui y est mis sur l'activité du système nerveux. La SE se focalise cependant plutôt sur les sensations corporelles et la façon dont elles changent.

L'attention est dirigée vers les sensations positives d'abord et seulement dans une deuxième phase vers l'équilibre entre les sensations positives/agréables et négatives/désagréables.

A la lumière des résultats positifs de cette étude, nous proposons que soient menées des études plus poussées sur l'efficacité de la SE pour des catégories spécifiques tels que les traumatismes militaires, les agressions sexuelles et les traumatismes complexes. Ces catégories présentent chacune des caractéristiques propres: prépondérance de l'hyperactivation dans le combat, intrusion de l'espace privé dans l'agression sexuelle, dissociation dans le trauma complexe. Dans l'état actuel des recherches sur le traitement du TSPT, il semble que les différentes thérapies donnent des résultats similaires et qu'il est difficile de savoir laquelle choisir. Sachant cela, la prochaine tâche à accomplir devrait être de savoir comment traiter les personnes qui ne sont pas suffisamment aidées par les différentes méthodes. L'étude de Haagen et al. (2015) suggère que l'accent doit être mis sur celles qui présentent des niveaux élevés de gravité des symptômes. De 30 à 60% des patients ne changent pas de diagnostic en cours de thérapie même lorsque leurs symptômes diminuent nettement. Trop peu d'études ont été faites pour évaluer et comparer les effets différentiels. Des échantillons plus spécifiques pourraient donner des pistes sur les domaines où la SE serait la plus appropriée.

Enfin, une recherche doit être entreprise sur le processus de la SE afin que nous puissions mieux saisir ses mécanismes curatifs. La recherche sur le processus de traitement du TSPT doit inclure les paramètres physiologiques. Les fondements théoriques de la SE fournissent des pistes pour mesurer les processus physiologiques pendant le traitement.

L'étude présentée ici connaît certaines limitations. D'abord, elle a porté sur un échantillon relativement petit dans un cadre communautaire, ce qui est différent d'un échantillon issu d'un cadre universitaire après des événements traumatiques prédéfinis. Deuxièmement, bien que tous les thérapeutes aient été rigoureusement supervisés par rapport à leur respect du protocole de traitement, aucune mesure de ce respect n'a été utilisée. Ceci est dû à la nature dynamique du processus de la SE qui ne permet que dans une mesure limitée d'avoir un protocole strict. Le protocole est très clair et strict pour les premières séances (jusqu'à la troisième ou cinquième) qui se centrent sur la psychoéducation et les



événements traumatiques. A partir de la cinquième séance, la SE est pratiquée en appliquant les principes théoriques et leur traduction en phénomènes observables. Pour cette raison, il est difficile de prescrire le comportement thérapeutique du thérapeute au cours de cette phase.

En conséquence de ces limitations, cette étude est proche de la pratique clinique générale, mais ne nous fournit pas des informations concernant la comparaison avec d'autres modalités de traitement.