



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Editorial

Complexity and psychotherapy: A need for change



1. English version

Advancing our understanding of psychopathology, psychotraumatology and dissociation hinges on making radical changes and broadening our approach; developing fundamental and clinical research is no longer enough. It is also important to develop a new generation of research in the field of psychotherapy and trauma-informed patient care in general. Developing theoretical approaches ultimately serves very little if they cannot be translated into ways of improving the clinical situation of our patients. In this respect, the challenge facing all forms of psychotherapy lies in demonstrating the effectiveness of the treatment while responding to evidence-based medicine. Randomized controlled trials (RCTs) are still considered in the biomedical field to be one of the most reliable methods for testing new treatments but are difficult to adapt to the complexity inherent in most, if not all, psychotherapies. This disadvantage essentially stems from the fact that RCTs are conducted under rigorously controlled conditions. The issue is not that key discoveries have been made in the field, and celebrated as marker moments in the literature, that in fact have contributed very little in terms of clinical application. The problem is that as much as we would like to believe in an epistemological shortcut, results obtained through the use of clinical trials simply are neither comparable nor transferable to routine patient care. Using one to justify the other amounts to comparing a Formula 1 racing car to a standard sedan made by the same company. The fact is that the two cars bear very little in common except for the fact they carry the same brand logo on the front grill, and by association, the imagery or fantasy linked to that brand.

At this level, it's important to make the distinction between the notions of efficacy and effectiveness. Effectiveness, or clinical utility, means achieving concrete objectives or performance under 'real-world' conditions, whereas efficacy refers rather to results or performance of an intervention under ideal and controlled circumstances – and with patients selected according to specific criteria (criteria inclusion versus criteria exclusion). Here, it is important to look specifically at what efficacy means in an experimental context. Potential efficacy is based on demonstrating a causal relationship between the application of a specific treatment and its outcome. Clinical utility considers research evidence and consensus among clinical experts as to potential general application, as well as feasibility (including patient acceptability), and the overall costs and benefits associated with a given treatment.

It's worth recalling here that in 1996, the National Institute of Mental Health (NIMH) issued a call for research proposals with the specific mission of investigating the efficacy of psychotherapy (Krupnick et al., 1996). Indeed, in many cases, randomized control trials have focused on experimental populations that have been handpicked and have not necessarily been representative of patients undergoing treatment in clinical settings. Indeed, RCTs involve selecting patients based on highly restrictive criteria (wherein patients are diagnosed with a single disorder, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM), their random distribution in groups either undergoing or not undergoing treatment, wherein the applied psychotherapeutic interventions are strictly defined by the objective of resolving or mitigating the main symptoms. Such conditions, however, are rarely transposable to actual clinical situations and effectively limit the potential for generalizing results. Here, it may be useful to draw inspiration from recommendations made by the Medical Research Council (MRC) (Datta & Petticrew, 2013) which centered on potential solutions for overcoming critical limitations associated with the RCT model so poorly adapted to the problematic of evaluating complex interventions (Tarquinio, Kivits, Minary, Coste, & Alla, 2015). While there is value in what RCTs offer in terms of establishing theoretical effectiveness, the model fails to inform intervention design or the underlying mechanisms, and effectively prevents addressing elements specific to complexity such as the context of the intervention. In addition, methodologies used for evaluative purposes must contribute to the overall acceptability, sustainability and portability of the new intervention being implemented.

What has become clear, especially today in the world of psychotherapy research, is the need to reconsider the hierarchical approach to scientific evidence which places randomized control trial (RCTs) as the gold standard. Given that there exists a very real need to adapt interventions to real-life situations wherein the outcome is inextricably linked to the context in which these interventions are conducted, it therefore comes down to shifting the focus toward gauging an intervention's effectiveness, i.e., efficacy under experimental conditions. This becomes all the more true when we consider that some protocolized treatments are more conducive than others to being systematically evaluated in a RCT framework. Therapies such as cognitive behavioral therapy (CBT), mindfulness-based stress reduction (MBSR) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) all appear, a priori, to be better aligned with the rational and controlled

framework this methodology requires. This becomes even easier when the baseline reference is the symptom-based perspective of the DSM, also conducive to evaluation, granted without far-reaching heuristic value. The challenge we face now is in developing interventions that are better adapted to the psychopathological context of each patient. This is an ambitious leap from the protocolized approaches that are, in fact, rarely respected; which is fortunate given that using data from RCTs inherently requires tweaking to make sure that both the patient and therapist are a fit to the prescribed therapy. Conversely, in daily practice, the experienced psychotherapist never hesitates to make adjustments (to modify, transform, create or even invent his or her own assumptions) to established protocols they are responsible for ensuring are compatible with the complexity and specificity of the patient in their care. Psychotherapists are often flexible when it comes to deciding how and when they apply theoretical and practical knowledge. [Norcross and Lambert \(2011\)](#) refer to this process as the concept of responsiveness, which involves inventiveness and imagination on the part of the therapist as they adapt the treatment to the constantly evolving individual needs and situation of the patient. Responding to a permanent state of flux allows the psychotherapeutic action to remain perfectly aligned with the interpersonal rhythms specific to each party involved. This creativeness is unique to every psychotherapist and is fundamentally linked to the imagination. It is up to the therapist to carefully page through the patient's images, to reorder and reassign meaning, then cohesively link what emerges to form the identity of the patient.

How a therapist transfers their expertise and knowledge to clinical situations is critical and should systematically be treated with care and utmost caution. Winnicott advocated the importance of resonance in what he calls the care-cure, or in other words, placing attention on others at the heart of the therapeutic relationship as it is that which defines real efficacy of care ([Marin & Worms, 2015](#)). Effectively, the therapist must continually strive to appreciate the patient's individual strengths in order to help that patient envision how they may help themselves in the context of their own lives. Key to this process is considering the individual features that make each patient unique, such as cultural upbringing, that permit psychotherapists to adjust their approach or the treatment itself to account for cross-cultural psychological differences. Critically, the RCT model requires clear inclusion and exclusion criteria and does not allow for nuance or variation in terms of context. Even the slightest departure from established protocol treatments can signal non-compliance.

Finally, it is important to note that to date a large part of research in the field has neglected to account for causal factors as the base of the pathological nature of a disorder, symptom or syndrome. A study conducted by [Mynors-Wallis, Gath, Day, & Baker \(2000\)](#) illustrates this perfectly through their surprising results that showed that serious depression can be treated in a mere 6 sessions using a technique based on expression and collaborative problem-solving between the patient and doctor or nurse who can be rapidly trained to use this technique. This shows how a simplified depression scale can be used to make a diagnosis. This is particularly true since the advent of the DSM, now in its fifth edition, which remains the standard reference for categorizing psychological symptoms into disorders without, however, addressing the psychosocial and environmental factors or the complexity specific to each disorder. This is an important point, for in psychology, the criteria for determining if a disorder is "pathological" are subjective and often reflect the diagnostic environment. A given personality disorder, such as social phobia, can mean something completely different if it is considered in isolation (being uncomfortable in groups) or as symptomatic of a broader underlying psychotic disorder. [Ablon and Jones \(2002\)](#)

astutely summarized this problematic when they wrote that 'randomized controlled trials test a somewhat artificially controlled setting with atypical patients, so they have little generalizability to the real world of mental health care delivery'. Certainly, one could argue that the experimental condition is by nature a variation within the field of possibility and that the most common clinical reality is another, except that the likelihood of encountering the first is virtually zero, which could very well justify questioning the purpose of any of it.

Paradoxically, clinical research in the field of psychotherapy is, in most cases, considered significant and valid if it uses RCTs. Currently, tremendous weight is given to research that has the potential to further our understanding of major diagnostic criteria for the sacrosanct post-traumatic stress disorder (PTSD). The same research moves even higher up on the pedestal if it produces statistically significant results that strongly support the underlying hypotheses. But to what end? What or whom do these results really serve? They serve the researchers themselves, quite simply, as an opportunity to publish high-quality results in respected journals. The journals themselves, not beyond reproach, contribute to creating what amounts to an echo chamber of results that are as easy to read about as they are to understand taken in the context of a simplistic vision of not only our discipline, but the world in general; all of it, and this is perhaps the most offensive, presented with the objective taking the least amount of risk, lest the impact factor drops.

This backdrop as motivation for producing scientific knowledge, where the dynamics of being published lead to oversimplifying our experimental designs or new approaches to psychotherapeutic care naturally sets the stage for a form of hegemony in research that ultimately produces findings that are out of touch with what happens in real life. Prioritizing pure research may have done more harm than good by downplaying the role of psychotherapy applied to cases involving complex trauma and dissociation. Psychotherapy tends to come up in passing in the form of a recommendation to treat such or such disorder, the same way medications might be recommended to treat a specific set of symptoms. More than just a wave of a hand, psychotherapy used for treating psychological trauma and dissociative disorders require not only a good deal more than a handful of sessions but also access to additional treatments or approaches. Selecting one protocol treatment over another is not enough to be effective. Effective treatment takes time and relies heavily on the intelligence of the therapist and their capacity for adaptive decision making when treating complex cases. It is not without reason that RCT's of complex psychotherapeutic techniques are so rare, even non-existent. There may even be some merit to the notion that we need to return to complex clinical care, at the risk of suggesting that cases of severe trauma should be treated with a quick dose of Propanolol ([Brunet, Saumier, Liu, & Streiner, 2018](#)) or prescribing a game of Tetris ([Holmes, James, Kilford, & Deeprose, 2010](#)). Research along these lines makes an important contribution, it is elegant and modern, but the risk is twofold: it fosters not only an overly simplistic vision of psychological disorders, but worse, of what their treatment should involve. Again, it begs the question, is it actually worth it?

It is essential that we not lose sight of the fact that the fundamental questions in the field of psychopathology and psychotherapy are particularly complex in nature. Indeed, all things being equal, such methods have been shown to be associated with lower depression scores, have successfully treated anxiety disorders and have proven to contribute to improving general well-being. A positive! However, in the daily routine of patient care, in the practical context of clinical consultations when we are face-to-face with real patients (who haven't been selected by inclusion criteria), nothing is ever equal. It is therefore impossible to transfer results obtained by these studies in any meaningful way to the daily

practical aspects of psychotherapy. The RCT design fails completely to account for or evaluate any degree of complexity. Hence, the reductionist approach. Psychotherapy is itself a complex tool determined by multiple factors that, critically, cannot be reduced to just one or two independent variables. The real challenge facing researchers today lies in developing new evaluation methodologies designed to capture this complexity rather than reduce or retract (Tarquinio et al., 2015). We need to stop publishing studies offering one-dimensional results that may show how one approach or control group is better than another, but do not seek to understand the underlying mechanisms and offer no real explanations about what traumatic stress and dissociative disorders involve. This is unquestionably a difficult task: psychotherapies are complex by nature in that they involve multiple processes and are the most challenging to evaluate.

To respond to this complexity, the development and valorization of suitable or alternative evaluation models of complex interventions needs to specifically integrate the possibility for evaluating the process of intervention delivery (Datta & Petticrew, 2013). Most existing models are based on a mixed methodological approach combining quantitative and qualitative measures that could potentially be structurally adapted to our field to produce new results that could lead to real forward progress and important advances in psychotherapy. The European Journal of Trauma and Dissociation is fully committed to supporting this open, original and ambitious spirit, which in practice means promoting the publication of innovative research that could potentially shed new light on developing effective interventions to treat trauma and dissociation. Take nothing for granted, innovate, dare to question, open ourselves to change, occasionally set aside methodological purity to reclaim our clinics and continue to pass on our expertise, while always respecting the patients that entrust us with their health and well-being; these core instincts are what this journal stands behind. Why? Because we understand the value of questioning our beliefs and the evidence before us. It is not a question of finding convenient middle ground or defending the merits of flat relativism where there is no objective reality. It's about showing that an opinion, that a theoretical position is not merely a belief but is constructed through open dialogue and direct confrontation with others, be it in the public domain or the scientific community. The EJTD is a space where those reflections can to begin to take shape. To your keyboards!

Disclosure of interest

The author has not supplied his declaration of competing interest.

2. Version française

Il n'est pas suffisant de développer une recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la psychopathologie du psychotraumatisme et de la dissociation. Il est aussi très important de promouvoir une recherche de nouvelle génération dans le champ des psychothérapies et des prises en charge en général. À quoi serviraient nos théories du sujet si elles ne permettaient pas de transformer efficacement la situation clinique de nos patients ? À cet égard, toutes les psychothérapies sont confrontées au même challenge qui est de démontrer leur efficacité, en répondant le plus souvent aux exigences de l'*evidence-based medicine*. Bien qu'ils demeurent la référence dans le domaine biomédical, les essais contrôlés randomisés (ECR) sont difficiles à adapter à la complexité inhérente aux psychothérapies. Leurs inconvénients découlent des conditions très rigides de leur mise en œuvre. Ne parlons pas des résultats obtenus qui font les beaux jours des revues scientifiques

dans le domaine, mais qui dans les faits n'apportent que peu de choses en termes d'implications cliniques. Pourquoi ? Tout simplement parce que contrairement à ce que l'on voudrait bien nous faire croire dans un raccourci épistémologique on ne peut plus discutable, les résultats obtenus dans le cadre d'essais cliniques ne sont ni comparables, ni superposables à ce qui se passe dans les soins courants. Et dans les faits justifier l'un par l'autre revient à comparer une Formule 1 et une voiture de série de la même marque. Les deux n'ont à vrai dire que peu de chose en commun sinon le logo de la marque sur la calandre, ainsi que l'imaginaire et le fantasme qui l'accompagnent.

Mais sans doute serait-il bon à ce niveau de faire la distinction entre les notions d'efficacité et d'efficacités. L'*effectiveness* ou l'utilité clinique est l'atteinte des objectifs dans la réalité, alors que l'*efficacy* est la résultante d'un traitement appliqué dans des situations contrôlées, idéales et auprès de patients sélectionnés selon des critères précis (critères d'inclusion versus exclusion). C'est ici qu'il conviendra de parler d'efficacité, uniquement donc, dans le cadre d'expérimentations. L'efficacité potentielle repose sur la démonstration d'une relation causale entre l'application d'une intervention et son effet. L'utilité clinique prend en considération la preuve disponible issue de la recherche et le consensus clinique relatif à la possibilité de généralisation, ainsi que la faisabilité (incluant par exemple l'acceptabilité par le patient), les coûts et bénéfices des interventions.

Rappelons à cet égard, qu'en 1996 le NIMH lança un appel afin qu'il y ait davantage de recherches portant spécifiquement sur l'efficacité réelle (Krupnick et al., 1996) des psychothérapies. En effet, dans de nombreux cas, les essais contrôlés randomisés réalisés ont porté sur des populations expérimentales triées sur le volet et qui dans les faits s'avèrent rarement être des populations cliniques traitées dans des lieux cliniques. En effet, les ECR impliquent une sélection des patients suivant des critères très restrictifs (un seul trouble, suivant le DSM), leur répartition aléatoire dans un groupe « traitement » ou un groupe « absence de traitement », l'application d'interventions « psychothérapeutiques » strictement définies ayant pour objectif la réduction ou la résolution des symptômes principaux. De telles conditions sont rarement transposables aux situations cliniques réelles, ce qui limite la généralisation des résultats. Sans doute serait-il utile de « s'inspirer » des recommandations du Medical Research Council (MRC) (Datta & Petticrew, 2013) qui fait des propositions afin de pallier aux limites du modèle de l'essai contrôlé randomisé, peu adapté à la problématique de l'évaluation des interventions complexes (Tarquinio, Kivits, Minary, Coste, & Alla, 2015). S'il permet de répondre à la question de l'efficacité théorique d'une intervention, il ne fournit pas d'information sur les mécanismes de cette intervention et ne permet donc pas d'aborder les éléments de complexité tels que le contexte de l'intervention. Par ailleurs, les méthodologies utilisées à des fins évaluatives doivent contribuer (Trickett, Beehler, Deutsch, & Green, 2011), à l'acceptabilité, la pérennisation, et la transférabilité des interventions innovantes mises en œuvre. Il est devenu aujourd'hui essentiel, en particulier dans le monde de la recherche en psychothérapie, de reconsidérer la conception hiérarchique de la preuve scientifique posant les essais contrôlés randomisés (ECR) comme la référence. Compte tenu de la nécessité d'adaptation des interventions à la vie réelle, et leur effet n'étant pas séparable du contexte, il s'agit donc de privilégier l'évaluation de l'« effectiveness » d'une intervention, c'est-à-dire l'efficacité en routine (Glasgow, Lichtenstein, & Marcus, 2003) plutôt que son « efficacy », c'est-à-dire l'efficacité en condition expérimentale. Cela est d'autant plus vrai que certaines approches « protocolisées » sont plus propices que d'autres à la systématisation de l'évaluation dans un cadre d'une ECR. Les TCC, la *mindfulness* ou encore l'EMDR semble a priori plus en adéquation avec le cadre rationnel et contrôlé qu'impose cette méthodologie. Ceci est en plus facilité

lorsque le référent psychopathologique est le DSM et sa vision symptomatique des choses, elle aussi propice à l'évaluation, bien que sans grande portée heuristique. Le défi aujourd'hui serait plutôt de construire les interventions au cœur même des environnements cliniques, et d'élaborer des interventions adaptées aux contextes psychopathologiques des patients. Une telle ambition se révèle bien éloignée des approches protocolisées qui dans la vraie vie ne sont que rarement respectées. Heureusement d'ailleurs, car si dans les ECR il s'agit de « tordre » patients et thérapeutes pour les faire rentrer dans le dispositif prescrit ; à l'inverse dans la pratique quotidienne, le psychothérapeute n'hésite jamais à tordre (ajuster, modifier, transformer, créer, inventer sa prise en charge) les protocoles dont il est le dépositaire pour les mettre en cohérence avec la complexité et la spécificité des patients qu'il a à prendre en charge. Le psychothérapeute tend à être flexible dans l'application de ses référents théoriques et pratiques. Pour ce faire, [Norcross et Lambert \(2011\)](#) avancent la notion de réactivité qui représente le processus par lequel le praticien adapte son intervention au patient et à sa situation particulière. L'exercice de cet art est un lieu d'inventivité sans cesse renouvelée. L'action psychothérapeutique s'aligne sur les rythmes de l'existence de chacun des acteurs de la psychothérapie. Cette créativité est propre à chaque psychothérapeute, elle est en lien avec l'imagination. C'est au thérapeute de paginer les images du patient, avec soin, pour réordonner et redonner du sens, relier la construction identitaire du patient.

Le déploiement de l'expertise du thérapeute auprès de son patient devrait toujours se faire avec une attention toute particulière. Winnicott préconisait de faire résonner le *care*¹ dans le *cure*, autrement dit d'inscrire l'attention à autrui au cœur de la relation thérapeutique en tant qu'elle est la condition même de l'efficacité réelle du soin ([Marin & Worms, 2015](#)). En effet, le thérapeute doit continuellement apprécier avec soin les forces du patient afin de l'aider à s'aider lui-même dans le contexte de vie qui est le sien. Il est amené à prendre en compte la personne du patient dans l'entièreté de sa singularité propre et dans ses particularités, comme, par exemple, sa culture d'origine qui conduira alors le thérapeute à moduler le travail psychothérapeutique de manière transculturelle. De cela, les ECR ne permettent pas de rendre compte seules. Le moindre écart avec le protocole est la plupart du temps sanctionné par une sortie du dispositif expérimental.

Enfin, il est important de noter que la plupart des recherches dans le domaine négligent les facteurs étiologiques qui fondent la nature psychopathologique d'un trouble, d'un symptôme ou d'un syndrome. Une recherche de [Mynors-Wallis, Gath, Day, et Baker \(2000\)](#) illustre parfaitement cela en conduisant au résultat surprenant qu'une dépression grave peut être traitée en 6 séances par une technique d'expression et de résolution des problèmes, menée par un médecin ou une infirmière formée rapidement à cette technique. On voit ainsi où peut conduire le recours à une simple échelle de dépression pour poser un diagnostic. Ce qui est particulièrement vrai depuis l'avènement du DSM, qui reste un standard parfait pour catégoriser efficacement et simplement une population, sans que pour autant les dimensions écologiques de cette population et la complexité du trouble soient circonscrits. C'est là un point important car, en psychologie, les troubles ne prennent leur valeur pathologique que dans leur environnement diagnostique. Un trouble isolé, comme la phobie sociale, peut avoir une signification totalement différente s'il s'inscrit isolément (être mal à l'aise dans les groupes) ou s'il s'inscrit dans le cadre d'un trouble psychotique. [Ablon et Jones \(2002\)](#) résument finalement assez bien les choses en disant que les essais contrôlés randomisés testent un traitement quelque peu artificiel dans une configuration artificiellement contrôlée avec des patients atypiques, si bien qu'ils

ont peu de capacité de généralisation au monde réel de la délivrance de soin en santé mentale. Certes on pourrait opposer à cela que la situation expérimentale est une déclinaison du champ du possible et que la réalité clinique la plus commune en est une autre, sauf que la probabilité de rencontrer la première est faible voire proche de zéro et qu'il est alors légitime de se demander à quoi tout cela peut bien servir ?

Or, paradoxalement, dans le domaine de la psychothérapie on considère la plupart du temps des recherches comme importantes s'il s'agit d'ECR. On considère comme majeures des recherches parce qu'elles prennent comme critère majeur et unique le sacrosaint Trouble de Stress Posttraumatique ! On considère en outre comme importantes ces mêmes recherches parce que la significativité des résultats valide la force des hypothèses. À se demander à quoi servent de tels résultats ? Aux chercheurs eux-mêmes qui peuvent ainsi publier des résultats d'une grande pureté dans de prestigieuses revues. Aux revues qui se font ainsi la chambre d'écho de résultats faciles à lire, faciles à comprendre dans une conception simpliste de notre discipline et du monde et qui, c'est plus grave, ne prennent plus de risque de peur de voir se réduire la valeur de leur facteur d'impact. Cette volonté de faire science, à simplifier à outrance nos dispositifs expérimentaux de prise en charge, nous conduit parfois à une sorte d'hégémonie des recherches hors sol éloignées de ce qui se passe dans la vie réelle. Cette recherche épurée d'elle-même ne nous a-t-elle pas conduit à simplifier à outrance ce qu'est une psychothérapie de cas complexes et dissociés. On voit ainsi ici ou là des recommandations psychothérapeutiques pour tels ou tels troubles à la manière des recommandations de certains médicaments pour certains symptômes. Même les mouvements de doigts les plus élégants qui soient, ne pourront rien, la psychothérapie du psychotraumatisme et des troubles dissociatifs nécessite non seulement souvent plus que quelques séances mais aussi le recours à d'autres approches. Il ne suffit pas de disposer de tel ou tel protocole pour œuvrer efficacement. Il faut non seulement du temps mais aussi toute l'intelligence adaptative du psychothérapeute pour accompagner de tels cas complexes. Et ce n'est sans doute pas pour rien que les ECR qui traitent de ces problématiques complexes sont rares pour ne pas dire inexistantes et c'est le retour d'une clinique complexe qui doit s'imposer, au risque de laisser croire que l'on va traiter le traumatisme à coup de Propanolol ([Brunet, Saumier, Liu, & Streiner, 2018](#)) ou de Tétris[®] ([Holmes, James, Kilford, & Deeprose, 2010](#)). Si de telles recherches sont importantes, modernes et élégantes, il n'en demeure pas moins que le risque est de donner à voir une conception doublement simpliste des troubles psychologiques d'une part, mais pire encore de leur prise en charge. À quoi bon se casser la tête finalement ?

Il ne faudrait pas perdre de vue que nos objets dans le domaine de la psychopathologie et de la psychothérapie sont d'une complexité toute particulière. En effet, si toutes choses étant égales par ailleurs, on montre que telle méthode permet la réduction des scores de dépression ou de troubles anxieux ou encore l'amélioration d'un score de qualité de vie. Fort bien ! Mais dans la « vraie vie », dans les vrais cabinets de consultation, lorsque l'on prend en charge de vrais patients (non sélectionnés en fonction des critères d'inclusion), rien n'est jamais égal par ailleurs. Il est donc impossible de transposer les résultats obtenus avec ces études à la pratique de la psychothérapie telle qu'elle se déroule au quotidien. Les ECR ne savent ni prendre en compte, ni évaluer la complexité. D'où leur démarche réductionniste. Or, la psychothérapie est un dispositif complexe et multi-déterminé que l'on ne peut réduire à deux ou trois variables indépendantes. Il convient donc de développer de nouvelles méthodologies d'évaluation susceptibles de saisir cette complexité et non la réduire ou l'escamoter ([Tarquinio et al., 2015](#)). C'est là un défi pour la recherche et les chercheurs du domaine. Il faut cesser de publier

¹ *Cure* au sens de traitement de la maladie et *Care* au sens d'attention pour la maladie.

des évidences qui montrent que telle approche est meilleure que telle autre ou qu'un groupe témoin, sans comprendre ce qui est en jeu et sans donner de véritables explications sur ce qui est en jeu. Les psychothérapies par la complexité des processus qu'elles mobilisent et la multiplicité des processus mobilisés restent sans aucun doute l'un des objets les plus difficiles à évaluer.

Face à cette complexité, le développement et la valorisation des modèles adaptés ou alternatifs d'évaluation doivent intégrer notamment l'évaluation de processus de l'intervention (Datta & Petticrew, 2013). La plupart de ces modèles reposent sur une approche méthodologique mixte associant approches quantitatives et qualitatives qui doivent dans notre champ s'articuler afin de produire des résultats nouveaux susceptibles de faire évoluer les pratiques psychothérapeutiques. L'esprit de l'*European Journal of Trauma and Dissociation* s'inscrit dans cet esprit d'ouverture, original et ambitieux, qui dans les faits consistera à promouvoir le développement de publications susceptibles d'apporter des éclairages nouveaux dans le domaine de la prise en charge du traumatisme et de la dissociation. Se remettre en question, innover, oser, s'ouvrir, renoncer parfois à la pureté méthodologique pour se réapproprier la clinique et la transmettre, toujours dans le respect des patients qui nous confient leur santé, voilà ce que souhaite promouvoir cette revue. Pourquoi ? Pour sortir de nos croyances et questionner les évidences. Il ne s'agit pas là de promouvoir un centrisme mou ou un relativisme plat qui supposerait que toutes les orientations se valent. Il s'agit de montrer qu'une opinion, qu'une position théorique n'est pas une simple croyance, mais qu'elle se construit par la confrontation avec les autres dans l'espace public et scientifique. L'EJTD est à cet égard un espace propice au développement d'une telle réflexion. À vos claviers !

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur n'a pas précisé ses éventuels liens d'intérêts.

Références

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775–783.
- Brunet, A., Saumier, D., Liu, A., & Streiner, D. (2018). Reduction of PTSD symptoms with pre-reactivation propranolol therapy: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17050481>
- Datta, J., & Petticrew, M. (2013). Challenges to evaluating complex interventions: A content analysis of published papers. *BMC Public Health*, 13, 568. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-568>
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1261–1267.
- Holmes, E. A., James, E. L., Kilford, E. J., & Deeprose, C. (2010). Key steps in developing a cognitive vaccine against traumatic flashbacks: Visuospatial Tetris versus verbal Pub Quiz. *PLoS One*, 5, e13706.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532–539.
- Marin, C., & Worms, F. (2015). *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott* Paris: PUF.
- Mynors-Wallis, L., Gath, D. H., Day, A., & Baker, F. (2000). Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ*, 320, 26–30.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48, 4–8.
- Tarquino, C., Kivits, J., Minary, L., Coste, J., & Alla, F. (2015). Evaluating complex interventions: perspectives and issues for health behaviour change interventions. *BMJ Open*, 30(1), 35–51.
- Trickett, E., Beehler, S., Deutsch, C., & Green, L. (2011). Advancing the science of community level interventions. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1440–1449.

Cyril Tarquinio EJTD Editor-in-chief
EA 4360 APEMAC, équipe EPSAM, centre Pierre-Janet, UFR SHS,
Île-du-Saulcy, université de Lorraine, 57000 Metz, France

E-mail address: cyril.tarquino@univ-lorraine.fr