



Saviez-vous que... la psychologie peut vous aider dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

La plupart d'entre nous avons déjà vécu des expériences terrorisantes. Nous y repensons parfois longtemps après l'événement. Pour certaines personnes, ces pensées ou ses images pénibles persistent, tout comme certains autres symptômes, tels que le sentiment de menace, se sentir engourdi émotionnellement et l'irritabilité. Si ces réactions se produisent fréquemment, durent au moins un mois et perturbent le fonctionnement de tous les jours, il est possible que la personne souffre du SSPT.

Les symptômes du SSPT ¹

Au moins un des symptômes suivants :

- Pensées ou images intrusives au sujet de l'événement
- Rêves ou cauchemars mettant en scène l'événement ou des événements semblables
- Flashback ou illusions au sujet de l'événement
- Détresse lorsque la personne se rappelle l'événement
- Activation physique (devenir perturbé physiquement) lorsque la personne se rappelle l'événement

Au moins trois des symptômes suivants :

- Évitement des pensées reliées à l'événement ou à parler de l'événement
- Évitement des activités ou des personnes qui rappellent l'événement
- Incapacité à se rappeler des aspects importants de l'événement (qui ne s'explique par une perte de conscience)
- Détachement affectif face à l'entourage
- Émotions réduites
- Sentiment que l'avenir est raccourci (peur de l'avenir ou peur de mourir dans l'avenir)

Au moins deux des symptômes suivants :

- Insomnie
- Irritabilité ou colère
- Difficulté à se concentrer
- Hypervigilance (être toujours sur ses gardes)
- Réaction d'alarme exagérée (réagir ou être effrayé trop rapidement)

¹ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*. Author: Washington, D.C.

Que savons-nous au sujet du SSPT?

La recherche a démontré que la majorité des personnes ayant été exposées à un événement traumatisant connaîtront certains symptômes du SSPT au cours des premières semaines et les symptômes de la plupart d'entre elles disparaîtront au cours du premier mois. De vingt à quarante pour cent souffriront du SSPT pendant au moins un mois, tandis que la moitié jusqu'aux deux tiers de toutes les personnes ayant vécu un traumatisme se rétablissent pendant la première année; les autres seront frappées d'incapacité pendant plus d'un an. Les études portant sur les victimes de la route et les victimes d'agression, par exemple, donnent à penser qu'entre 10 et 20 pour cent d'entre elles seront frappées d'incapacité pendant plusieurs années.

Le SSPT ne se limite pas aux traumatismes liés au combat ou aux catastrophes. Il peut aussi se manifester à la suite d'une agression physique ou sexuelle, d'un accident de la route ou d'un accident du travail, d'une maladie constituant un danger de mort comme le cancer, d'expériences en zone de guerre, et de l'exposition répétée aux traumatismes d'autres personnes (par exemple, les infirmières des salles d'urgence et les ambulanciers). Grosso modo, ce sont les agressions physiques et sexuelles qui entraînent les plus hauts taux de SSPT, tandis que l'exposition à une maladie constituant un danger de mort (par exemple, le cancer du sein) entraîne les taux de SSPT les plus faibles; les accidents de la route et les accidents du travail se situant entre les deux.

On supposait, au départ, que plus le stress initial était grave, plus la personne serait susceptible de souffrir du SSPT. Cependant, la recherche n'est pas parvenue à corroborer cette hypothèse. La gravité du trauma (par exemple, dommages à l'automobile, blessures physiques pendant l'agression) jouent un rôle moins important dans la prédiction du SSPT que la réaction émotionnelle initiale du survivant. Le SSPT sera plus susceptible d'apparaître chez les personnes dont la réaction émotionnelle était marquée notamment par une peur très intense, des attaques de panique ou la dissociation (un mécanisme d'adaptation qui soustrait la conscience d'une personne de l'événement menaçant qui est en train de se produire).

Certaines personnes seront plus vulnérables que d'autres, en particulier les personnes qui ont déjà souffert de dépression, d'anxiété ou d'autres traumatismes, les personnes prédisposées à la colère ou dont le style d'adaptation au stress suppose de ne pas penser à l'événement ou de ne pas en parler (individus de style évitant). Les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de souffrir du SSPT. Les attitudes et croyances au sujet de leur sécurité personnelle que ces personnes adopteront après l'événement influenceront leur rétablissement. Ce qui veut dire que les croyances négatives qu'une personne aura quant à sa capacité à s'adapter ou quant à la sécurité dans le monde, tout comme la colère répétée ou du ressentiment face aux raisons qui ont mené au trauma, rendront plus difficile le rétablissement.

Le SSPT peut être à l'origine de souffrances personnelles significatives. L'évitement de certaines activités (par exemple, la conduite d'une voiture, la socialisation), une diminution du sommeil et la fatigue qui en découle, ainsi qu'une

interférence avec ses relations propres font partie des conséquences les plus typiques. Ces problèmes peuvent aussi engendrer des coûts financiers importants pour l'individu et la société. Le SSPT est associé à une santé physique qui empire par la suite (par exemple, des maux de tête) ce qui occasionne des coûts accrus pour les soins de santé et un taux d'absentéisme au travail ou à l'école plus élevé. Les personnes souffrant du SSPT se trouveront plus vraisemblablement sans emploi et auront des revenus plus faibles que des personnes semblables qui n'en souffrent pas.

Évaluation et traitement efficaces du SSPT

Deux problèmes importants viennent nuire à une évaluation exacte du SSPT. Tout d'abord, de nombreux cas de SSPT passent inaperçus parce que les professionnels de la santé ne demandent pas aux patients s'ils ont été victimes d'événements traumatiques (par exemple, une agression sexuelle). Il est important pour les professionnels de la santé de le demander à leurs patients et il est essentiel que les patients parlent aux professionnels de la santé des traumatismes dans leur vie. D'autre part, de nombreux professionnels de la santé font une surenchère de diagnostic du SSPT lorsqu'ils se concentrent uniquement sur les symptômes « classiques » (par exemple, les cauchemars) plutôt que de faire une entrevue de diagnostic systématique. Une évaluation efficace du SSPT fait appel à un examen détaillé des agresseurs traumatiques et à une entrevue de diagnostic systématique. Des tests spécialisés comme le *Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ)*, le *Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*, le *SSPT Checklist (PCL)*, le *Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)* et le *Accident Fear Questionnaire* peuvent souvent s'avérer utiles tant pour le diagnostic que la planification du traitement.

Au cours de la dernière décennie les psychologues ont évalué les traitements du SSPT. Ils ont trouvé que certains traitements s'avéraient assez efficaces tandis que d'autres ne l'étaient pas. La procédure populaire d'une séance appelée « Critical Incident Debriefing » (debriefing psychologique d'incidents critiques) semble aujourd'hui ne pas avoir contribué tellement à réduire la détresse psychologique. Cependant, une brève thérapie cognitivo-comportementale (5-6 séances) suivie par des personnes en grande détresse peu après un événement traumatique semble jouer un rôle dans la réduction des symptômes du SSPT. Il a été montré que des thérapies comportementales et cognitives à court terme (8-30 heures) réussissaient à alléger les symptômes du SSPT chez les personnes atteintes de façon chronique. Donner aux personnes l'occasion de façon répétée de décrire l'événement traumatique et leur réaction affective à l'événement, des devoirs de rédaction sur leurs sentiments face à l'événement et ce qu'il signifie pour elles, et des occasions répétées de discuter du traumatisme et de ce qu'il signifie font le plus souvent partie des éléments d'une bonne thérapie. Aider les patients à examiner leurs croyances quant à leur sécurité personnelle (par exemple, « je ne serai plus jamais en sécurité »), le rétablissement graduel de limites plus réalistes de la sécurité (par exemple, « Il n'est pas dangereux d'aller encore dans de grands édifices ») et l'apprentissage de la relaxation, font partie des aptitudes à résister au stress à acquérir.

Bien que de nombreuses personnes puissent être traitées efficacement à l'aide de ces thérapies, il reste encore des personnes traumatisées qui ne réagissent pas au traitement. Les personnes souffrant de douleurs chroniques ou de dépression grave et celles qui sont très en colère au sujet de l'événement traumatique amélioreront vraisemblablement moins leur condition. La mise au point de nouveaux traitements à composants multiples du SSTP et ses complications est actuellement en cours. Par exemple, les chercheurs évaluent l'utilité de combiner la formation en gestion de la colère et la thérapie comportementale de la dépression avec les traitements standard du SSPT.

Les traitements pharmaceutiques du SSPT sont à un stade précoce d'évaluation. Aujourd'hui, il semblerait que certains des médicaments anti-dépresseurs produits plus récemment pourraient bénéficier à des victimes de traumatisme en réduisant les symptômes concurrents de la dépression ou du mutisme des symptômes d'hyperexcitation du SSPT.

On trouvera plus amplement d'information sur le SSPT en se rendant sur le site du Réseau canadien du stress à l'adresse www.ctsn-rcst.ca, à celui du National Institute of Mental Health à l'adresse www.nimh.nih.gov, à celui de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy à l'adresse www.aabt.org, ainsi qu'à celui de la Society of Clinical Psychology de l'American Psychological Association à l'adresse www.apa.org/divisions/div12.

La consultation d'un psychologue agréé ou la mise en rapport avec un psychologue agréé peut vous guider dans l'administration de ces thérapies. Pour obtenir une liste des psychologues de votre région, http://www.cpa.ca/factsheets/find_fr.html.

Le présent résumé a été créé à l'intention de la section clinique de la Société canadienne de psychologie par D^r William J. Koch du Vancouver Coastal Health Authority, professeur de psychiatrie clinique à l'Université de Colombie-Britannique et professeur adjoint en psychologie à l'Université Simon Fraser, Vancouver, Colombie-Britannique.

Société canadienne de psychologie

www.cpa.ca