

# Le Stress Post - Traumatique

**Synonyme(s)** : *état de stress post-traumatique.*

**Synonyme(s)** : *ESPT ; ESPT aigu ; ESPT chronique ; Névroses post-traumatiques ; Syndrome de stress post-traumatique ; Syndrome de stress post-traumatique aigu ; Syndrome de stress post-traumatique chronique ; Syndrome de stress post-traumatique à début retardé ; TSPT ; Trouble de stress post-traumatique aigu ; Trouble de stress post-traumatique chronique ; Trouble de stress post-traumatique tardif ; État de stress post-traumatique aigu ; État de stress post-traumatique chronique ; État de stress post-traumatique à début retardé ; États de stress post-traumatique.*  
CISMe/F MeSH : Catalogue et Index Médicaux Francophones.

**Selon certaines études, 8 à 10 % de la population souffrirait à un moment ou à un autre de sa vie d'un état de stress post-traumatique.**

## ...Mais qu'est-ce qu'un traumatisme ?

Le traumatisme est le résultat d'une non décharge affective, n'ayant pu être exprimé par une réaction adéquate comme des larmes ou de la colère lors de l'incident.

Après un temps de latence d'une durée variable qui va de quelques jours à plus d'un an séparant l'apparition de la symptomatologie de l'événement traumatique, le syndrome apparaît. On peut alors parler de névrose traumatisme. La névrose traumatique est caractérisée par un syndrome de répétition associant cauchemars, crises émotives, réactions de sursaut reproduisant la scène traumatique elle-même ou sa représentation métaphorique. Non gérables par l'appareil psychique, des symptômes sont empruntés aux autres névroses : c'est ainsi que des angoisses et phobies apparaissent, par exemple.

## Qu'est-ce que l'état de stress post traumatique ?

Selon le Psychiatric Association DMS IV, le Stress Post Traumatique est un trouble dû à l'exposition à un événement traumatique qui provoque chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur. Ce trouble se manifeste par un ré expérience persistante de l'événement traumatique, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale et un état d'hyperactivité neurovégétative.

Ainsi, l'état de Stress Post Traumatique (ESPT) est un trouble anxieux majeur, différent des autres troubles anxieux car, il démarre par une exposition à une situation traumatique. Le Syndrome des Stress Post Traumatiques fait suite à cet événement particulièrement traumatisant sur le plan psychologique, suscitant la peur intense, le sentiment d'impuissance...

Le stress post-traumatique se définit aussi comme une stratégie psychique défensive, une sorte d'anesthésie mentale produite pour se protéger de l'affreux souvenir d'un événement ayant provoqué de la peur, une panique, une détresse intense ou de l'effroi.

L'évènement sera d'autant plus traumatique que la victime ne s'y attend pas.

La personne qui présente le Stress Post Traumatique peut être la victime elle-même de l'événement. Elle peut être le témoin d'un accident survenu à un proche, ou d'une catastrophe ayant concerné de nombreuses victimes. Par ailleurs, il peut affecter non seulement les victimes de tels événements, mais aussi des victimes secondaires c'est-à-dire toute personne exposée à un agent stressant intense, comme par exemple : les médecins, les infirmiers, les pompiers, les secouristes, les policiers, les militaires, les travailleurs humanitaires...

## Facteurs d'Elaboration du trouble :

Des recherches faites dans des différentes approches exposent une série d'arguments tant phénoménologiques que biologiques.... qui pourront rentrer en compte dans l'élaboration du trouble, principalement :

### ● **Modèle Cognitivo-Comportementale de l'E.S.P.T .**

Il fait intervenir les notions de conditionnement de maintien et de processus interne de la mémoire.

Il existe divers modèles théoriques et explicatifs de l'E.S.P.T. (Sabouraud Seguin in Lopez et Coll 1998).

Les uns s'inspirent :

- de modèles comportementaux (modèle de Mowrer 1960)

Les autres :

- des modèles cognitifs (modèle d'Horowitz 1986 – Jones Barlow 1992 – Steketee et Rothbaum 1989).

### ● **Le Modèle de Mowrer**

Basé sur les théories du conditionnement classique Pavlovien et celles du conditionnement opérant skinnérien montre, que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo comportementale et affective émotionnelle.

- **Conditionnement classique aversif**
  - **Stimulus neutre associé → réponse conditionnée**
- **Conditionnement opérant**
  - **Évitement**

Les stimuli internes ou externes associés au traumatisme vont provoquer la même réponse émotionnelle que l'évènement initial (stimulus – réponse), puis développer et maintenir l'état de stress post traumatique.

Le modèle comportemental permet d'expliquer à la fois le phénomène de réviviscence et celui d'évitement. Cependant il a été critiqué car il ne rend pas suffisamment compte de la répétition entre expérience et évitement, ni de la persistance de l'hyperactivité neuro végétative.

### ● **Les modèles cognitifs :**

Il incorpore les éléments du modèle comportemental lorsqu'une personne expérimente un événement traumatique, une structure de peur s'établit dans la mémoire en 3 points :

- a- Stimuli (vue, bruits, sensations associées à l'évènement).
- b- Réponses (physique et émotionnelle du trauma).
- c- Significations associées au stimulus et à sa réponse.

Cette structure de peur forme un programme d'échappement au danger.

Comme le modèle comportemental, le **Modèle de Foa** propose que les signaux associés au traumatisme activent la structure de peur, provoquant ainsi le phénomène de réviviscence et de répétition, expliquant la permanence de l'évitement de ces signaux.

**Le Modèle de Foa, Steketee et Rothbaum**, insiste sur l'importance de l'interprétation dans la structure de peur, le traumatisme venant en contradiction avec les croyances communes et les schémas personnels préexistants.

◆ **Peur sert à préparer l'individu à une réaction de défense ou de**

**fuite face à un danger.**

◆ **Caractéristiques nocives de l'événement :**

- **L'imprévisibilité.**
- **L'absence de contrôle**

**Incapacité de discriminer entre NEUTRE et DANGEREUX**

**Le modèle d'Horowitz**

Horowitz en 1986, intègre les concepts psychanalytiques, comportementaux comme la gestion du stress, le traitement cognitif de l'information de Piaget.

Les symptômes de l'E.S.P.T. représentent la réponse à l'excès d'information reçue pendant l'expérience traumatique et sont maintenus par la difficulté ou l'échec dans la capacité à intégrer ces nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs.

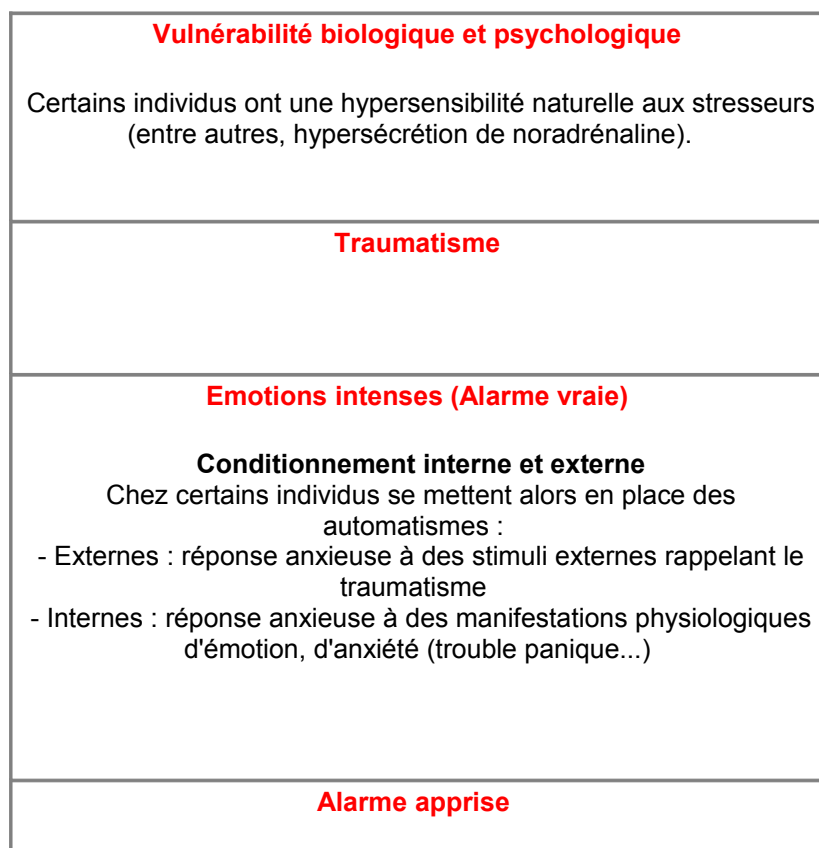
Les représentations de l'événement traumatique reviennent de façon itérative comme parties du processus de leur intégration et correspondraient aux pensées intrusives, cauchemars, réviscence du traumatisme.

**Le modèle de Jones et Barlow**

Propose un modèle bio comportemental et intégratif centré sur la réponse du stress qui comprend 4 niveaux :

- La vulnérabilité biologique (predisposition au stress).
- Les événements de vie.
- Les réactions de stress "vraie alarme" capable par la suite de déclencher des fausses alarmes (immédiates ou différées par des stimuli internes et/ou externes).
- La vulnérabilité psychologique - l'alarme apprise – le sentiment de non prévisibilité et de non contrôle aboutissant à un état de résignation (impuissance apprise).

La conjugaison des différents facteurs entraîne une appréhension anxieuse chronique, facteurs de développement et de maintien de l'E.S.P.T.



<p style="text-align: center;"><b>Sensibilisation - Hypervigilance</b></p> <p>Après un traumatisme, la personne souffrant de stress post traumatique va mettre en place un système d'hypervigilance, orientée vers un danger éventuel et enchaîner ainsi les "fausses alarmes" (crises de panique, angoisse...)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Appréhension anxieuse</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Schémas de danger inconscients</b></p> <p>Se met donc en place un seuil élevé d'intolérance à des dangers potentiels réactivé par des faits de la vie courante, mais aussi des flash back répétés. Installé, le ESPT se chronicise.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Variables modératrices (support social, gestion du stress)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Attribution des causes</b></p> <p>- Interne : dans de nombreux cas, les victimes s'attribuent la responsabilité des causes de l'événement. Culpabilité, baisse de l'estime de soi.</p> <p>- Externe : dans d'autres cas, les causes sont attribuées au monde extérieur. Baisse de la sécurisation.</p> <p style="text-align: center;"><b>Force du traumatisme</b></p> <p>C'est en général plus la force de la menace perçue que celle de la menace réelle qui décide de l'installation du ESPT.</p> <p style="text-align: center;"><b>Valeurs et désillusion</b></p> <p>Les personnes pensant le monde juste, stable et sécurisé développeront de manière plus fréquente un ESPT. Le traumatisme représente une rupture totale avec le monde dans lequel ils pensaient évoluer.</p>
<p style="text-align: center;"><b>ESPT</b></p>

### . Approche Psychanalytique de l'E.S.P.T .

Dans un terrain psychanalytique, Freud insiste sur le facteur "surprise" du traumatisme psychique et différencie les termes d'angoisse, de peur et d'effroi :

- L'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu.
- La peur suppose un objet défini dont on a peur.
- L'effroi désigne l'état qui survient lorsque le sujet est confronté à une situation dangereuse sans y avoir été préparé. Ce terme met l'accent sur le facteur surprise.

### . Autres Facteurs :

#### Facteurs de risques pré-traumatiques

- ◆ Sexe féminin.
- ◆ Antécédents de traumatisme ou jeune âge lors de l'événement traumatique.
- ◆ Maltraitance pendant l'enfance Névrose réactionnelle ou difficulté à s'adapter .
- ◆ Antécédents de trouble psychiatrique.
- ◆ Antécédents familiaux de trouble psychiatrique.
- ◆ Milieu défavorisé, degré d'instruction peu élevé.

### **Facteurs de risques péri-traumatiques**

- ◆ Nature du traumatisme (agression physique).
- ◆ Sévérité ou chronicité du traumatisme.
- ◆ Gravité des symptômes aigus ou de la réactivité physiologique (accélération de la fréquence cardiaque et réaction de sursaut).
- ◆ Épisode dissociatif au moment de l'événement traumatique.
- ◆ Impression d'impuissance ou de perte de maîtrise.
- ◆ Risque de mortalité.

### **Facteurs de risques post-traumatiques**

- ◆ Absence de soutien social.
- ◆ Absence d'un traitement précoce approprié ou inaccessibilité des services de santé.
- ◆ Honte, culpabilité ou manque d'assurance.
- ◆ Facteurs de stress secondaires liés au rétablissement (traumatisme secondaire).
- ◆ Facteurs de stress dans la vie quotidienne.

### **● Après le Traumatisme, L'Evolution :**

L'évolution est différente selon les personnes.

Face au choc, l'organisme s'adapte, ainsi, les symptômes d'hyper-vigilance et de sur-activation physiologique se produisent comme s'il fallait réagir, se protéger et prévenir tout autre danger. Tenant compte des caractéristiques d'un "traumatisme" : subjectif (un événement susceptible d'être traumatique ne l'est pas forcément pour tout le monde); lié à la sensibilité, à l'histoire personnelle de la personne, les risques de développer un état de stress post-traumatique suite à un événement traumatisant ne sont pas les mêmes pour tous et ne sont pas identiques à différents moments de la vie d'une personne.

Ici les **facteurs de vulnérabilité** peuvent aggraver en intensité et en durée cet état. Comme :

- Traumatisme antérieur.
- Antécédent de dépression.
- Personnalité fragile.
- Environnement peu sécurisé.
- Troubles psychiatriques familiaux.
- Facteurs biologiques divers.

Au contraire des facteurs de résilience peuvent permettre de mieux surmonter ces épreuves.

### **Trois phases principales dans l'évolution**

L'état de stress traumatique, réaction psychique défensive, va se développer schématiquement en trois phases :

1. Phase de réaction normale à une situation qui ne l'est pas.
2. Une vigilance permanente : la personne agit comme si elle risquait de revivre à tout instant l'horreur et l'impuissance éprouvées face à l'événement traumatisant. Durant cette période, la personne est irritée, agressive, anxieuse, souffre de troubles du sommeil et adopte des comportements d'évitement de tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme. Ces réactions durent généralement quelques semaines et s'estompent progressivement.
3. L'état de stress se prolonge : il devient post-traumatique.

La période séparant le moment de la survenue du traumatisme, de celui des modifications psychiques, peut varier de quelques semaines à quelques mois ou même davantage .

## Les Symptômes :

On parle de syndrome de stress post traumatique (ESPT) lorsque les symptômes durent plus d'un mois (ils débutent souvent plusieurs semaines après l'événement). La durée des troubles peut être de quelques mois à plusieurs années.

Sans traitement, le temps n'apporte aucune amélioration.

Dans environ la moitié des cas, une guérison complète survient en trois mois alors que de nombreux autres sujets ont des symptômes qui persistent plus de douze mois après le traumatisme. Il convient de traiter l'Etat de Stress Post Traumatique car :

- 30 % des personnes souffrants d'un stress post traumatique risquent de développer une dépression.
- 25 % présentent des troubles anxieux (attaque de panique, trouble obsessionnel compulsif, anxiété généralisée, phobies...).
- 50% consomment de l'alcool, des médicaments ou de la drogue abusivement ou développent bon nombre d'évitements liés au traumatisme.

Dans 20 % des cas, le comportement des victimes est organisé et dominé par le vécu de l'expérience traumatique. Des flash-back, particulièrement pénibles parce qu'impossibles à contrôler, jalonnent la vie du sujet. Celui-ci revit en imagination, à l'état de veille ou de sommeil, le souvenir de l'événement traumatique dans ses moindres détails (images, odeurs, etc.)

Lorsqu'une personne souffre de ESPT, la durée des symptômes est très longues, les taux de rémissions spontanés sont très faibles et certains symptômes peuvent perdurer tels que des cauchemars. Prenons trois exemples :

- 50 % de femmes ayant subi une agression (viol, braquage) continuent à remplir les critères diagnostiques 10 ans plus tard.
- Dans le cas de transplantations cardiaques ou hépatiques, 15 % des échecs sont dus à l'intervention elle-même. Mais le risque de rejet est trois fois plus important dû au syndrome post-traumatique. Notons que le rejet entraîne la mort dans les trois ans suivant l'intervention.
- Un an après un accident de la route, 20 % des personnes développent un ESPT. 37 % développent dépression, phobies, troubles de l'alimentation.

A cela s'ajoute toute une série de symptômes **physiques, psychosomatiques et ou comportementaux** plus ou moins graves :

- Troubles du sommeil.
- Troubles des conduites alimentaires.
- Palpitations.
- Dépression.
- Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
- Nausée, dégoût.
- Vertige.
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.
- Trouble panique.
- Phobies.
- Peur de mourir.
- Sensations d'engourdissement ou de picotements.
- Irritabilité.
- Comportements d'évitement.
- Cauchemars à répétition.
- Troubles digestifs.
- Panique.
- Fatigue.
- Sueurs froides.
- Tremblements.
- Ulcères à l'estomac.
- Hypertension.
- Troubles de la mémoire.
- Difficultés de concentration.

....

De plus, le stress post traumatique entraîne une altération du fonctionnement social, professionnel et mène à de sérieuses difficultés conjugales et familiales.

De peur d'être incomprises et/ou de faire subir un fardeau à leurs proches, les victimes souffrent très souvent d'un sentiment d'incommunicabilité. De plus, l'entourage a du mal à réaliser ce que la victime ressent. Les émotions vécues et les réactions qui les accompagnent sont tellement exceptionnelles intenses que les mots sont difficiles à trouver.

### **On distingue trois catégories de Stress Post Traumatique (ESPT) :**

- 1.- ESPT aigu : les symptômes apparaissent dans les 6 mois suivant le traumatisme et durent cependant moins de 6 mois.
- 2.- ESPT chronique : les symptômes durent depuis plus de 6 mois.
- 3.- ESPT tardif : les symptômes apparaissent seulement 6 mois ou plus après l'expérience traumatisante.

Ainsi on parle de syndrome de stress post-traumatique lorsque les symptômes durent plus d'un mois (ils débutent souvent plusieurs semaines après l'événement). La durée des troubles peut se limiter à quelques mois, ou au contraire durer beaucoup plus longtemps voire devenir chronique.

La personne souffrant d'un ESPT est accompagnée souvent d'insomnies, de dépression, d'irritabilité, parfois de violences ou de conduites pathologiques (alcoolisme...), pouvant l'entraîner jusqu'à une désadaptation sociale importante.

### **Le diagnostic :**

Selon le DSM IV - Psychiatric Association, voici les six critères qui permettent de poser un diagnostic d'ESPT (persistant de l'événement traumatique, des comportements d'évitement et des stimuli associés au traumatisme) :

**A) La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents :**

1. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confrontée 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 blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou à 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.

NB. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

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

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, pensées ou des perceptions.  
NB. Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
2. Rêves répétitifs et pénibles de l'événement, provoquant un sentiment de détresse.  
NB. Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
3. Impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait (incluant des sentiments 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).  
NB. Chez les jeunes enfants, des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
4. Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du traumatisme en cause.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un

aspect du traumatique en cause.

**C)** Évitement persistant des stimuli 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, sentiments ou conversations associés au traumatisme.
2. Efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
3. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
4. Réduction nette de l'intérêt ou de la participation 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 (ex.: incapacité à éprouver des sentiments tendres).
7. Sentiment que l'avenir est « bouché », (p. ex. pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours de la vie).

**D)** Présence des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme). Comme en témoigne au moins 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. Hyper vigilance.
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.

### **La Psychologie Développée par la Victime:**

Certaines personnes peuvent trouver étrange la culpabilité et la honte que la victime peut ressentir après l'incident. Cela est pourtant tout à fait normal. Les professeurs N. Prieto et F. Lebigot expliquent cela, « cette culpabilité immédiate est à comprendre comme une tentative, parfois désespérée, souvent douloureuse, mais toujours positive, de regagner de la maîtrise, de compte, c'est aussi être un acteur direct de l'événement et ne pas être déshumanisé, réifié et totalement soumis aux aléas de l'existence ».

L'Etat de Stress Post Traumatique peut être relié à une expérience isolée, comme :

- un accident sur la voie publique,
- un incendie
- une agression
- attouchements
- un viol
- une catastrophe naturelle (inondations, tremblement de terre...)
- un attentat
- un crash aérien
- un bombardement



- des violences physiques
- un accident de travail
- un accident domestique
- ou à une série d'événements passés ou présents comme dans le harcèlement moral (au travail ou en famille), sexuel ou la maltraitance.

Prenant l'exemple du viol :

Suivant l'Article 222.23 du Code Pénal : « Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. »

C'est ainsi que :

- une fellation imposée est un viol,
- une sodomie imposée est un viol,
- l'introduction de corps étrangers dans le sexe ou l'anus est un viol.

Ce qui l'aggrave :

- S'il est commis sur un mineur de moins de 15 ans.
- S'il est commis par plusieurs personnes
- S'il est commis avec l'usage ou menace d'une arme.
- Lorsqu'il entraîne une infirmité permanente.
- S'il est commis sur une personne particulièrement vulnérable (âge, maladie, infirmité, déficience physique ou psychique)
- S'il est commis par un ascendant (père, beau-père, grand-père...), ou par une personne ayant autorité sur la victime (enseignant, moniteur,...)
- Si l'auteur du viol a pris contact avec sa victime par l'utilisation de réseau de communications (Internet)

"Le viol est plus que toute autre expérience, un événement traumatique : il est un poly traumatisme dans la mesure où il atteint la personne dans son intégrité physique, ses assises narcissiques, son identité. Cette atteinte contamine le groupe familial dans ses références symboliques et identitaires. La vie intime de la victime est perturbée. Bon nombre d'entre elles, se sentant souillées, ont un rapport biaisé avec la propreté : elles se lavent de manière compulsive, nettoient plus que nécessaire leurs vêtements, leur habitation, utilisent à outrance des antiseptiques... Les relations avec le sexe opposé sont délicates. De l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles en passant par différents troubles comme le vaginisme ou l'éjaculation précoce, empoisonnent la vie de la victime".

Bien entendu, nous ne sommes pas égaux face aux traumatismes. Les recherches effectuées à la clinique psychiatrique de Yale dirigées par le Dr Lazrove en 1995 ont indiqué "que dans un groupe de personnes confrontées au même événement traumatisant, certaines n'en subissent pas de séquelles alors que d'autres développent un syndrome de stress post traumatique. Bien que certaines variables personnelles comme de malencontreuses expériences durant l'enfance, des traits de caractère ou des troubles mentaux préexistants, peuvent augmenter la probabilité de développer un Stress Post-Traumatique; il semble, néanmoins, que le facteur le plus déterminant soit la gravité de l'événement vécu".

Ce qui est ressenti comme vraiment important par les victimes c'est la reconnaissance par le groupe social d'être bien identifiées en tant que telles (victimes); ceci a aussi un effet thérapeutique, que l'auteur des actes ait pu être identifié, retrouvé, arrêté et condamné.

Si vous avez été victime, faites intervenir un tiers, psychologue, avocat, association...qui pourra vous apporter de l'aide, vous rassurer et vous expliquer vos droits.

### **Le traitement de l'Etat de Stress Post Traumatique :**

Je veux vous parler ici de mon exercice de tous les jours et des thérapies que je pratique en cabinet avec des bons résultats. Bien entendu, la proposition d'un choix thérapeutique est en fonction de la problématique, de la personnalité du patient et de ses objectifs personnels(\*).

Parfois des binôme de suivi : médecin - psychologue se constituent pour intervenir harmonieusement; les médicaments peuvent au début de la psychothérapie être un complément en soulageant plusieurs des symptômes les plus débilants (contrôle de la colère, cauchemars, des flash-back...) en permettant aux autres thérapies d'aller de l'avant.

Le traitement de l'Etat de Stress Post Traumatique cible **une blessure psychique** qu'il faut soigner avant qu'elle

n'entraîne d'autres complications (névrose, abus de substance, douleurs physiques diverses, etc.).

Dans une intervention "d'urgence" des séances de débriefing peuvent être délivrées rapidement après l'événement, ce qui va permettre à la victime de se distancer de l'événement troublant et d'éviter l'isolement. En fonction de l'évolution du patient, ces séances peuvent être suivies d'une thérapie "brève".

Il existe divers types d'intervention pour traiter le Etat de Stress Post Traumatique (\*), et des différentes thérapies font actuellement l'objet de recherches concernant leur efficacité respective.

Les thérapies d'orientation Psychodynamique, les thérapies Groupales, les thérapies Cognitive Comportementales et l'hypnose. Je vais brièvement survoler celles que mon expérience m'amène à les considérer comme les plus efficaces.

En ce qui concerne les **thérapies Cognitives - Comportementales**, les résultats de plusieurs études contrôlées confirment amplement leur efficacité dans le traitement du ESPT. Une composition réussie : les thérapies comportementales jouent un rôle utile en modifiant la façon dont l'individu se conduit et en réduisant les comportements d'évitement; elles apportent aussi des stratégies pour réduire ses symptômes anxieux. Pour sa part les thérapies cognitives, sont orientées à changer les cognitions (pensées, idées, anticipations, interprétations, attributions) erronées et dysfonctionnelles vis-à-vis les conséquences du traumatisme.

Une Thérapie Cognitive Comportementale peut être composée : Désensibilisation systématique (hiérarchie des peurs sans analyse du traumatisme); Thérapie d'exposition : Exposition en imagination, Exposition in vivo (mémoire, informations correctrices); Techniques de gestion : Entraînement à la gestion de l'anxiété (apprentissage non dirigés sur le traumatisme lui-même, SIT); Désensibilisation par mouvements oculaires et re-programmation (exposition...).

**L'Hypnose** est une thérapie particulièrement efficace dans les ESPT, surtout lorsque la dissociation est le mécanisme de défense préférentiel du patient. La dissociation est un état neutre qui permet au patient de se "détacher" d'être comme étranger à la situation. Le but étant de mettre en évidence ce que fait mal.

Dans l'ESPT l'intensité des crises de reviviscence est analogue à la profondeur d'un état hypnotique. En effet, lorsque l'on comprend que ces patients traumatisés souffrent dans un état altéré de la conscience, il semble donc évident qu'il faut les traiter sur un terrain analogue, comme l'état hypnotique. Ces diverses crises sont effectivement "rapidement et bien" traitées par l'hypnothérapie lorsqu'elles ne sont pas compliquées par des troubles de personnalité trop importants (voir aussi – l'hypnose).

En complément de la thérapie individuelle; une thérapie familiale peut aider les membres de la famille à comprendre et à réagir adéquatement en face à la problématique. La famille va pouvoir réaliser que les réactions excessives de colère et de rejet de leur entourage de la part de la "victime" sont la conséquence directe du traumatisme. Le but du traitement : favoriser l'atteinte d'un meilleur niveau de communication et d'interactions au sein de la famille. En outre, et lors des "traumatismes familiaux", la thérapie familiale va "tenter de restaurer ce qui pourrait l'être".

Enfin, les groupes de soutien composés d'individus ayant déjà vécu un ESPT peuvent montrer aux victimes que leurs réactions au traumatisme sont partagées par plusieurs. En discutant des émotions et des expériences qu'ils ont en commun, les groupes de ceux qui ont bénéficié de ce traitement offrent l'occasion à leurs participants de s'entraider pour regagner leur confiance en eux.

...L'Etat de Stress Post Traumatique requière un traitement qu'il faut soigner avant qu'elle n'entraîne d'autres complications : névrose, abus de substance, dépression, douleurs physiques diverses, ... la liste peut être encore importante si le terrain de la victime est propice; n'attendez pas ...si vous vous retrouvez dans les quelques "caractéristiques" de cet article ...CONSULTEZ, c'est mon premier conseil pour vous faire du bien.

*Ruby Villar-Documet*