

Évolution des théories en TCC dans l'État de Stress Post-traumatique

Aurore SÉGUIN-SABOURAUD

Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie - Paris

Introduction

Par rapport à la modélisation de l'état de stress post-traumatique chronique : le stress post-traumatique, signalons le fait que, dans les années 1980, les chercheurs repèrent que les vétérans du Vietnam souffrent dans 50 à 60 % des cas, de troubles de stress post-traumatique et que leurs symptômes sont comparables à certains troubles anxieux.

Ils adaptent et étudient les stratégies thérapeutiques efficaces, dans les troubles anxieux, dans le cadre du ESPT.

Il existe différents modèles comportementaux et cognitifs déjà étudiés pour expliquer les états d'anxiété, qu'il s'agisse des attaques de panique ou de troubles phobiques et en particulier de l'agoraphobie : Pavlov (1927, 1928), Mowrer (1939), Gray (1971), Sheenan & Sheenan, Wolfe & Rowan (1988).

1. Le modèle de MOWRER (1960)

Mowrer (1939) a proposé la théorie des deux facteurs, laquelle permet de postuler que les phobies sont acquises par conditionnement classique, mais qu'ensuite, elles sont entretenues par conditionnement opérant, qui est un apprentissage, par les conséquences de l'action.

Le sujet apprend à se soustraire à l'angoisse, en adoptant un comportement inhibé, qui se manifeste par un évitement ou un échappement de la situation anxiogène.

Ce comportement va se généraliser à toutes sortes de situations, qui rappellent la situation initiale.

Il se crée, ainsi, une boucle de rétroaction négative, où l'angoisse et l'évitement se perpétuent mutuellement.

Le phobique, qui évite, apprend à se soulager de l'angoisse, par l'évitement de la situation qu'il redoute. Il est négativement renforcé à échapper ou à éviter des situations, dont la conséquence est, pour lui, une crise d'angoisse situationnelle.

En effet, l'affrontement de la situation ne peut aboutir à la réduction de l'angoisse qu'après plusieurs « expositions prolongées » à la situation provocatrice d'anxiété, d'au moins trois quarts d'heure chacune.

Éviter représente donc un moyen rapide de se débarrasser de l'angoisse. Mais, le comportement inhibé va rapidement se généraliser à d'autres situations, qui rappellent la situation initiale.

1° Conditionnement classique (apprentissage des réponses de peur)

Danger -----> peur

Stimuli associés -----> peur

2° Conditionnement opérant (apprentissage du comportement d'évitement)

Facteurs déclenchants ----> peur ----> évitements (contrôle, protection, vérifications)

Conséquence : Éviter représente un moyen rapide et efficace de se débarrasser de l'angoisse.

Mais l'évitement va vite se généraliser avec, pour conséquence, l'augmentation de la peur.

Notons le fait que tous les symptômes ne sont pas expliqués par ce modèle, strictement comportemental, d'autres chercheurs interviennent alors, pour intégrer les données historiques, la vulnérabilité, les éléments cognitifs, dans leur modèle, pour mieux expliquer l'ensemble des symptômes.

2. Modèle de la phobie de GRAY (1971)

Gray a introduit la notion de signaux de sécurité. Lors de l'anxiété anticipatoire du phobique, la présence d'un signal prédit le danger et déclenche une réaction émotionnelle, alors que son absence prédit la sécurité.

Dans le cas des attaques de panique et de l'anxiété généralisée, il n'y a pas de signal pour prédire le danger ni, non plus, pour prédire la sécurité, tout est danger potentiel.

3. Le modèle de Jones-Barlow (1992)

À la suite des recherches de Sheenan et Sheenan (1982), ce modèle intègre les facteurs biologiques, personnels, cognitifs et comportementaux, facteurs déjà décrits dans l'apparition d'un stress traumatique chronique :

1. Il existe une vulnérabilité biologique et psychologique du sujet (réponse au stress plus élevée : hyper vigilance, hyperactivité neuro-végétative).
2. Les caractéristiques du trauma sont prépondérants : intensité, durée, menace de mort, soudaineté,...
3. L'alarme apprise, qui est la réponse conditionnée à l'alarme vraie (réponse inconditionnelle au danger).
4. L'interprétation de l'alarme apprise par les composantes cognitives et émotionnelles et par installation d'une hyper vigilance responsable du maintien de l'anxiété.
5. Il existe des variables modératrices : soutien familial, social, gestion du stress

4. Modèle de BARLOW (1988)

Ce modèle intègre divers niveaux de causalité :

- a) Vulnérabilité biologique héritable, qui n'explique, pourtant que partiellement, la genèse des attaques de panique et de l'agoraphobie (Kendler et coll., 1992) ;
- b) Événements de vie : cette vulnérabilité est activée par une interruption aversive du comportement occasionnée par des événements de vie négatifs ;
- c) Réaction de stress est l'alarme vraie : l'événement traumatique est suivi d'une réaction de stress aiguë ou diffuse. Ces réactions de stress sont d'intensité suffisante, pour déclencher des fausses alarmes, soit immédiates, soit différées ;
- d) Le stockage dans la mémoire à long terme de cette structure cognitivo-affective, peut expliquer le maintien d'un comportement irrationnel, une fois l'épisode traumatique révolu ;

e) Vulnérabilité psychologique. Alarme apprise : le sujet pense que l'événement initial est imprévisible. S'il revient, il ne pourra pas le contrôler. Ce stade correspond à une vulnérabilité psychologique, où le sujet se perçoit comme incapable et résigné.

f) L'état d'alarme peut être atténué, par le fait que le sujet possède un réseau relationnel, qui lui assure un soutien au moment de l'épreuve. De même, il peut avoir, à sa disposition, des stratégies personnelles d'ajustement au stress. Mais, une fois établi, le feed-back entre vulnérabilités biologiques et psychologiques, le sujet entre dans un cycle d'appréhension anxieuse chronique.

5. Modèle de Janoff-Bulman (1992)

Chaque individu partage des croyances positives comme : le sentiment d'invulnérabilité et d'optimisme face à la vie (le monde est juste et bon).

L'événement traumatique provoque une situation de déséquilibre cognitif et émotif, suivi de tentatives de construction d'un nouveau système de croyance, capable d'intégrer l'expérience traumatique, afin de retrouver un sentiment positif de sécurité, de compréhension du monde extérieur et d'estime de soi.

L'auto-culpabilité (trait de caractère), est une attribution interne, stable et globale, qui prédit un résultat psychologique plus mauvais et une baisse de l'estime de soi. Cela expliquerait les sentiments de culpabilité et de honte, observés dans le ESPT.

Au contraire, l'auto-culpabilité apprise, secondaire à l'événement, serait le résultat adaptatif, pour maintenir ou retrouver le sentiment de contrôle, c'est-à-dire la croyance qu'il y a une réponse, qui peut empêcher l'arrivée de l'événement, dans le futur.

6. La structure de peur d'Edna Foa (1989, 1993)

Au modèle comportemental de l'évitement de l'anxiété E. Foa ajoute les éléments cognitifs, qui interviennent, dans le maintien des troubles et décrit une structure de peur, qui résulterait des modifications des significations sur le monde, Soi et les Autres (Modification par apprentissage des croyances antérieures).

Le caractère imprévisible et incontrôlable du trauma est le principal élément pathogène. Cette violence ébranle les croyances initiales du sujet sur la confiance en lui, les autres et le monde. Le sujet se trouve confronté par le trauma, à des situations complètement différentes de celles qu'il a pu imaginer auparavant. Cette confrontation change ou inverse radicalement, les croyances antérieures et les attitudes de la victime.

7. Modèle de la double représentation (Brewin)

Les recherches sur la mémoire ont permis de comprendre les différences d'intensité des souvenirs et de la perception de la peur.

Un traumatisme impliquant l'individu et son environnement agit en modifiant la séquence normale d'encodage des souvenirs. Cette modification va interférer sur l'évolution de la détresse post-traumatique. Les individus cherchent à donner un sens à ce qui arrive et à ce qu'il leur arrive. Les caractéristiques de cette interprétation influenceront la perception de contrôle face à l'événement. Il se produit :

- Une activation émotionnelle intense au moment du trauma, qui est stockée dans la mémoire avec le souvenir de l'événement et sans explication de sens, pour le sujet.

- Puis le sujet fait une interprétation de ce qui s'est passé : le type d'attribution faite à cette étape est important, car, selon qu'elle est interne (c'est de ma faute) ou externe (c'est la faute

de...), la réaction émotionnelle de la victime sera différente. Ces attributions peuvent provoquer de fortes émotions corrélées aux sentiments de honte, de colère, de culpabilité, de deuil ou d'impuissance et risquent de chroniciser les symptômes.

8. 2000, Synthèse des modèles précédents

Ce modèle découle de ceux développés précédemment (Brewin, Dalgliesh & Joseph, 1996 ; Foa et Riggs, 1993 ; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989 ; Foa et Rothbaum, 1998 ; Horowitz, 1997 ; Janoff-Bulman, 1992; Joseph, Williams & Yule, 1998 ; Resick & Schnicke, 1993 ; Van der Kolk & Fislser, 1995).

Pour Ehlers et Clark, le risque de faire un état de stress post-traumatique existerait seulement si la victime traite l'événement et/ou ses conséquences psychologiques de telle sorte que **le sentiment de danger reste toujours actuel.**

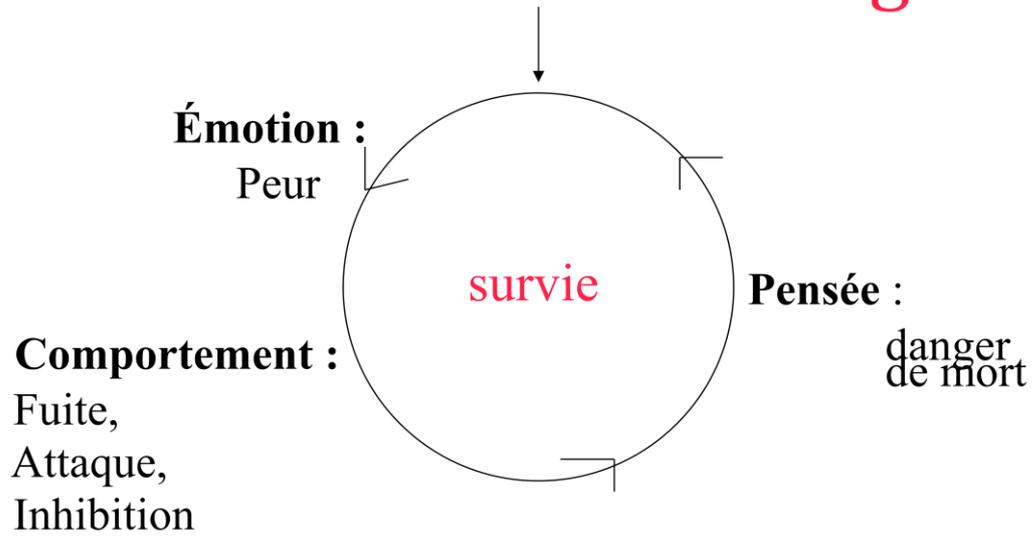
Deux éléments semblent participer à la sensation de gravité et d'actualité de la menace :

- Les différences individuelles, dans l'évaluation du trauma et de ses conséquences (évaluation négative excessive).
- Les différences individuelles dans la nature du souvenir de l'événement et ses liens aux autres souvenirs autobiographiques (élaboration et contextualisation pauvres, intense mémorisation associative et attention initiale extrême).
- Une fois activée, la perception d'un danger immédiat provoque les intrusions et les phénomènes de reviviscence, l'hyper-activation neurovégétative, l'anxiété et autres réponses anxieuses, par association. La menace perçue provoque une série de réponses comportementales et cognitives, qui ont pour but de réduire la menace ressentie et la détresse anticipée. Mais, les stratégies adoptées auront, comme conséquences, celles d'empêcher le changement cognitif et de rendre le trouble chronique.

En conclusion, ces modèles sont utiles pour comprendre les actions thérapeutiques et pour que le patient puisse comprendre comment il fonctionne, le premier résultat étant déjà qu'il se déculpabilise.

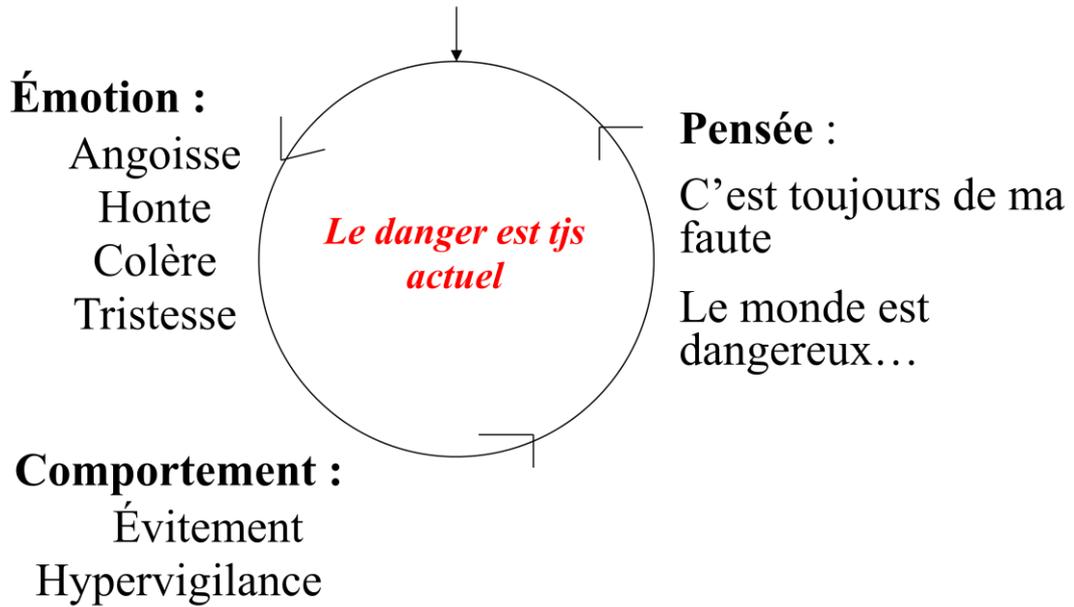
Ces théories peuvent se résumer sur les schémas suivants. Ils peuvent être facilement utilisés dans la psycho-éducation, pour expliquer au patient comment les évitements sont au centre du maintien de leurs symptômes et de les préparer aux étapes du traitement.

E.T. Situation de danger

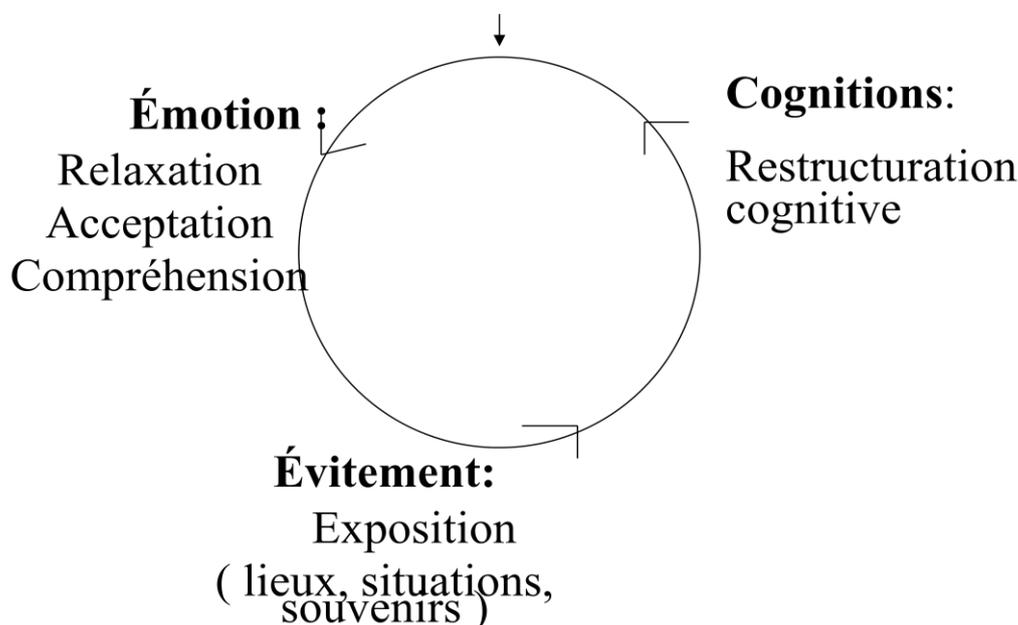


Après...

Stimuli associés = Danger



Le traitement cognitivo-comportemental



Aurore Seguin-Sabouraud- CPIV

23

Bibliographie

1. Psychothérapie des victimes. G Lopez et A Sabouraud-Séguin (Dunod, 1999, réédition 2006).
2. Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement. S. Guay et A. Marchand. (Les presses de l'université de Montréal, 2006).
3. Revivre après un choc : Aurore Sabouraud-Séguin (Odile Jacob, 2000 ; réédition 2006).
4. Aide Mémoire du Psychotraumatologie. M Kedia, A Sabouraud-Séguin. (Dunod, 2008).
5. Se relever d'un traumatisme. Pascale Brillon. (Club loisir Quebec, 2004).
6. Les troubles liés aux événements traumatiques. Dépistage, évaluation et traitement. S. Guay et A. Marchand. (Les Presses de l'Université de Montréal, 2006).
7. Ehlers A., Hackmann A., Steil R., Clohessy S., Wenninger K., Winter H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. Behavioral Research Therapy, 40, 995-1002.
8. Jones J.C. & Barlow, D. H. (1992), A New Model of Posttraumatic Stress Disorder : Implications for The Future. In: PTSD: a behavioral Approach to Assessment and Treatment. P. A. Saigh (Ed). New York: Allyn and Bacon.