

prises en charge comportementales et/ou cognitives des états de stress post-traumatique

C. MORMONT

L'état de stress post-traumatique, redécouvert lors de la débâcle américaine au Vietnam, s'est révélé être un trouble fréquent et, dans ces circonstances historiques, « politiquement incorrect ». Il fallait donc que des méthodes précises, économiques, faciles à apprendre (par des psychologues déjà formés) puissent être enseignées et utilisées sur une grande échelle, afin de répondre à l'énorme demande des anciens combattants d'abord, du nombre croissant de personnes s'identifiant comme victimes ensuite. Le savoir-faire pédagogique des psychologues comportementalistes et cognitivistes, accoutumés à l'élaboration de programmes d'expérimentation, d'observation, de traitement et d'enseignement, leur a permis de répondre à ces exigences pragmatiques. S'appuyant, de plus, sur leur vaste expérience des thérapies de l'anxiété, ils présentèrent des manuels didactiques décrivant systématiquement des traitements standardisés, avec leurs critères d'inclusion, leurs indications, leurs conditions d'application (individuelle ou en groupe), le nombre, la durée et le contenu des séances, etc.

De tels standards ont de grands avantages pratiques, mais aussi méthodologiques, car ils ont permis que les thérapies comportementales, cognitives et cognitivo-comportementales soient plus étudiées que tout autre psychothérapie. Ce chapitre n'est pas le lieu de faire la synthèse de la littérature consacrée à l'état de stress post-traumatique, mais le repérage de quelques axes essentiels devrait aider à se faire une idée de l'apport de ces théories et méthodes comportementales et cognitives.

Aspects théoriques

Les questions que pose la psycho-traumatologie se formulent évidemment en terme d'apprentissage pour les comportementalistes : comment l'apprentissage

d'une réponse (la peur et ses corrélats) se fait-il en une seule expérience (l'événement traumatisant)? Pourquoi cette réponse ne s'éteint-elle pas (développement et persistance de l'état de stress post-traumatique)? Comment peut-on la modifier (traitement)? Mais aussi, pourquoi tous les individus ne réagissent-ils pas de la même manière au même événement et pourquoi certains «apprennent-ils» la réponse et d'autres non (facteurs de vulnérabilité et de résilience)?

Face aux mêmes questions, les cognitivistes incrimineront le rôle des schémas cognitifs, des structures, des croyances, des souvenirs, des interprétations, des distorsions, des processus attentionnels. Le trauma auquel il n'y a pas, par définition, d'accommodation immédiate possible, ne peut être davantage soumis à un processus d'assimilation. Les représentations du monde et de soi sont bouleversées. L'attention et la perception sont mobilisées pour repérer les signaux de danger qui mettent en branle les défenses. Celles-ci ne sont pas adaptatives, car elles se développent à partir de croyances irrationnelles, de distorsions cognitives et d'interprétations erronées. Cela se traduit par les symptômes de l'état de stress post-traumatique.

La reconnaissance des interactions entre apprentissage et cognition amènera à des modèles intégrés et aux thérapies dites cognitivo-comportementales; celles-ci travaillent sur les deux plans et cherchent souvent à exploiter les effets du déconditionnement afin de faciliter la restructuration cognitive tandis que les souvenirs et les images mentales sont utilisées comme stimuli déclencheurs de réponses à soumettre à l'habituat.

Modèles comportementalistes

Les modèles comportementalistes de base développés en particulier par Keane et coll. (1985) dans le champ de la psycho-traumatologie reposent sur la théorie des deux facteurs de Mowrer (1947). Ce modèle rend compte aussi bien de l'étiologie du trouble que de ses symptômes acquis par conditionnement classique (apprentissage de la réponse «peur» selon les principes associationnistes) et par conditionnement opérant (apprentissage de l'évitement des indices conditionnés qui provoquent la réponse «peur»). Selon le premier facteur (conditionnement classique), la réponse «peur» est provoquée par un stimulus inconditionnel pénible associé à un stimulus neutre, lequel devient le stimulus conditionné de la réponse conditionnée «peur». Celle-ci peut être déclenchée aussi par des stimuli neutres associés à la réponse conditionnée ou par des stimuli neutres qui ressemblent au stimulus conditionné (généralisation). Autrement dit, la situation traumatisante, par exemple une agression, contient un stimulus inconditionnel pénible, qui déclenche la peur, et une foule de stimuli neutres (tous les détails de la situation: la température, la luminosité, les particularités vestimentaires de l'agresseur...) dont certains (la lumière crépusculaire, par exemple), associés au stimulus inconditionnel, deviendront conditionnés et déclencheront la peur.

Le second facteur de la théorie de Mowrer concerne l'apprentissage opérant de réponses d'évitement qui permettent d'échapper à la peur ou, déclenchées par le stimulus conditionné, de la diminuer. Lorsque l'évitement du stimulus

conditionné est acquis, la réponse d'évitement est renforcée par une réduction de la réponse «peur». Ainsi, en ne sortant pas à la tombée de la nuit (évitement), l'individu agressé dont il vient d'être question n'éprouve pas la peur que provoque le stimulus conditionné (lumière crépusculaire). L'évitement (ne pas sortir) est donc avantageux (renforcement) puisqu'il permet de ne pas ressentir la peur (réponse conditionnée).

Ce modèle de base, purement comportementaliste, est apparu comme un cadre solide auquel accrocher des variables additionnelles susceptibles de rendre compte de l'action de facteurs que l'on ne peut négliger (biologiques, par exemple) et de la complexité de la réalité. Ainsi, Foy et coll. (1992), constatant qu'il n'existe pas de théorie générale – qu'elle soit comportementaliste, cognitive ou de toute autre obédience – qui rende compte de façon satisfaisante de l'état de stress post-traumatique, en reviennent à «un modèle familial, largement utilisé et éprouvé dans la recherche sur les événements de vie, modèle qui est de nature empirique plutôt que théorique» et qui se centre sur la «relation prévisible entre un événement pénible et la détresse psychologique résultante».

Il est supposé, par hypothèse (Foy, 1990; 1992), que la réaction au trauma est une réponse émotionnelle immédiatement conditionnée. Le trauma et la réaction immédiate de stress (réponse émotionnelle conditionnée) «constituent les conditions nécessaires et suffisantes pour que des symptômes de l'état de stress surviennent», que l'individu soit impliqué directement dans l'événement traumatisant, qu'il en soit le témoin ou qu'il en prenne connaissance par un tiers (expérience vicariante).

Pour expliquer la persistance des symptômes au-delà d'un mois (critères diagnostiques du DSM-IV), il faut distinguer les variables qui sont à l'origine des symptômes et celles qui en assurent le maintien. Ainsi, des variables additionnelles (biologiques, psychologiques, sociales) interagissent probablement avec le facteur étiologique primaire, le trauma, au titre de facteurs de risque ou de résilience :

- certaines variables intermédiaires de risque n'ont pas le pouvoir de produire les symptômes de l'état de stress post-traumatique mais augmentent la réactivité au trauma, tandis que les variables de résilience ont un effet protecteur;

- un autre type d'interaction implique des variables intermédiaires capables, par elles-mêmes, de produire la détresse : «cela se produit lorsque la détresse est accrue par la présence d'un facteur indépendant qui ajoute à la détresse résultante mais n'interagit pas avec l'événement traumatisant»;

- la potentialisation est un troisième type d'interaction entre une variable additionnelle et l'événement : «capable de produire elle-même la détresse, une variable potentialisatrice interagit avec l'événement traumatisant pour augmenter la réaction de l'état de stress post-traumatique résultante au-delà de la simple sommation des effets des deux variables» (trauma et variable potentialisatrice).

Dans le modèle de Foy et coll. (1992), les variables additionnelles sont susceptibles d'intervenir d'abord «entre» la réponse émotionnelle conditionnée au trauma et la production de symptômes aigus de l'état de stress post-traumatique.

ensuite «entre» l'état de stress aigu et l'état de stress chronique; elles devraient donc expliquer pourquoi un individu développe ou non un état de stress aigu et pourquoi cet état se chronicise ou non.

Foy et coll. (1992) sont rejoints dans leur réflexion par Mc Farlane et Yehuda (1996) qui considèrent que, au fil du temps, les réactions de l'individu seraient influencées par un ensemble complexe de facteurs biologiques, sociaux, temporels et expérientiels qui auraient des effets soit positifs (résilience), soit négatifs. Ils s'intéressent donc à la transition de la détresse (réaction immédiate, état aigu) à l'état de stress post-traumatique. Plus précisément, ils suggèrent que, dans les formes chroniques de l'état de stress post-traumatique, les incapacités et handicaps sont plus des réponses aux perturbations induites par les symptômes de l'état de stress post-traumatique que des réactions primaires à l'événement.

Au travers de ces élaborations, on voit comment le modèle comportementaliste de base demeure la pierre angulaire du raisonnement théorique mais s'enrichit et se complique progressivement en intégrant d'autres facteurs non comportementaux (biologiques, psychologiques et sociaux). On comprend aisément l'intérêt de ces modèles, dont il existe de nombreuses variantes, dans l'analyse des conditions d'apparition de l'état de stress post-traumatique et dans la mise au point de stratégies thérapeutiques qui visent précisément les contingences d'apprentissage des comportements dysfonctionnels. Mais, au-delà de ce qu'ils apportent d'un point de vue théorique et pratique, les modèles comportementalistes semblent ne pas accorder assez d'attention à des concepts complexes, tels que l'attribution, la motivation, le développement et la relation thérapeutique (Peterson, 1991).

C'est ce à quoi les modèles cognitivistes vont s'attacher.

Modèles cognitivistes

Il n'est pas nouveau de considérer que l'impact, traumatique ou non, d'un événement dépend largement de l'interprétation qui en est faite. Van Der Kolk et coll. (1989) ne manquent d'ailleurs pas de rappeler que c'était déjà l'opinion de Janet, «*the noted traumatologist*», comme le désigne curieusement Everly (1993). Et des philosophes, depuis les stoïciens jusqu'aux existentialistes, n'ont cessé de l'affirmer. Dans le contexte contemporain de l'étude des psycho-traumatismes d'un point de vue cognitiviste :

- certains auteurs s'intéressent surtout au traitement des informations et des émotions;
- d'autres mettent l'accent sur le rôle des schémas cognitifs;
- tandis que d'autres encore analysent la narration de l'événement traumatissant dans une perspective constructiviste.

TRAITEMENT DES INFORMATIONS ET DES ÉMOTIONS

L'un des premiers modèles qui rend compte de cette dimension cognitive est celui de Lang (1977). Lang considère la peur comme une structure cogni-

tive contenant les représentations de stimuli qui suscitent la peur, les réponses «peur» et les significations associées à ces stimuli et à ces réponses. La structure (ou le réseau de structures) «peur» contient donc trois éléments primaires :

- l'information à propos du stimulus;
- l'information à propos des réponses physiologiques, cognitives et comportementales au stimulus;
- la signification du lien stimulus-réponse.

Foa et Kozak (1986) appliquent ce modèle à l'état de stress post-traumatique, d'abord en suggérant que la structure «peur» implique, outre des éléments cognitifs et affectifs, la signification que l'événement est dangereux, ensuite que cette signification de danger est attribuée à des stimuli antérieurement associés à l'idée de sécurité (Foa, 1989). Cette particularité constituerait une étioLOGIE différentielle des divers troubles anxieux et de l'état de stress post-traumatique, qui auraient en commun, par ailleurs, de posséder des structures «peur» incluant des éléments pathologiques. Dans le modèle de Foa et Kozak (1986), l'impression de prévisibilité et de contrôlabilité de l'événement est négativement associée à l'apparition de symptômes de l'état de stress post-traumatique et fait partie intégrante de la structure «peur» qui fournit les moyens de traiter l'information liée au danger potentiel et de réagir à ce dernier. Ainsi, plus le monde apparaît imprévisible, incontrôlable, à la suite de l'événement critique, plus grande sera l'intensité des symptômes de l'état de stress post-traumatique.

Par ailleurs, des troubles divers peuvent avoir des conséquences cognitives. Ainsi, l'incidence des troubles de l'autorégulation sur les processus cognitifs est rappelée par Van Der Kolk (1996) et avait été étudiée par Mc Farlane et coll. (1993). Les troubles de l'autorégulation peuvent s'exprimer notamment par l'incapacité à se fixer sur les stimuli appropriés et par des problèmes d'attention, ce qui peut agir de façon déformante sur l'appréhension et l'interprétation des informations, et ainsi participer au maintien et à l'aggravation des symptômes.

Joseph et coll. (1995) conçoivent l'événement traumatisant comme un ensemble de stimuli qui ne peuvent pas être immédiatement décodés et qui engendrent une réponse émotionnelle intense. Les représentations iconiques de l'événement sont stockées dans la mémoire immédiate et sont soumises à un processus d'attribution causale. Il en résulte une interprétation de l'événement influencée par des facteurs liés à la personnalité (le style d'attribution, le *locus of control*, les schémas cognitifs et les croyances fondamentales). Les symptômes d'intrusion et les interprétations qui sont faites de l'événement provoquent des émotions intenses : peur, honte, culpabilité, colère, deuil. En réaction, et afin de gérer cette détresse, diverses stratégies sont utilisées, certaines plutôt actives (recherche de support social, etc.), d'autres consistant en comportements d'évitement, en inhibition du traitement de l'information ou dans la recherche d'un sens à donner à l'événement. La conjonction de ces variables expliquerait le développement des symptômes post-traumatiques.

RÔLE DES SCÉMAS COGNITIFS

Un tout autre modèle cognitiviste est proposé, avec quelques variantes, par Janoff-Bulman (1985) et Epstein (1990). Selon ces auteurs, l'individu a, pour le premier, trois suppositions de base (invulnérabilité personnelle; perception du monde comme ayant du sens; vue positive de soi), pour le deuxième, trois croyances fondamentales (le monde est bienveillant et source de joies; il a du sens et est contrôlable; le self est important, c'est-à-dire aimable, bon et compétent) concernant la réalité, le monde et soi-même, suppositions ou croyances qui permettent de vivre de manière adaptée et confortable.

Les théories personnelles que chacun a de la réalité servent à :

- maintenir un rapport plaisir-déplaisir favorable dans un futur prévisible;
- assimiler les faits réels afin de pouvoir y faire face;
- maintenir une estime de soi suffisante;
- nouer les relations nécessaires avec les autres.

Le traumatisme est une expérience que l'individu ne peut immédiatement intégrer à sa théorie du monde. De ce point de vue et jusqu'à un certain point, on pourrait considérer que les pensées intrusives et l'anxiété post-traumatique seraient utiles, car elles apportent des informations qui peuvent nourrir les processus d'assimilation et d'accommodation conduisant à une adaptation nouvelle.

Si sa théorie du monde est falsifiée et ne peut être reconstruite, l'individu développe des réactions inadéquates et désadaptantes qui peuvent se constituer en syndrome post-traumatique : l'état de stress post-traumatique.

C'est aussi dans cette perspective qu'Antonovsky (1987) développe le concept de sens de la cohérence (SOC) défini comme une « orientation globale fondée sur un sentiment durable et dynamique de confiance en soi ». Ce SOC aurait trois composants :

- la « *comprehensibility* » : les informations que nous recevons sont considérées comme ordonnées, consistantes, structurées et claires;
- la « *manageability* » : l'individu perçoit qu'il possède les ressources adéquates et disponibles pour répondre aux sollicitations de l'environnement;
- la « *meaningfulness* » : certains événements de la vie sont ressentis comme méritant un investissement, un engagement et sont des défis bienvenus plutôt que des fardeaux.

Pour Antonovsky, un SOC suffisant est un facteur de santé car il donne à l'individu l'assise qui lui permet de mobiliser ses ressources pour des raisons et dans des buts significatifs. L'accent porte donc moins sur les stresseurs que sur les ressources disponibles. Mais si le SOC est déficient, l'individu ne peut exploiter ses ressources et faire face au stress; c'est ce qui se produirait en cas de traumatisme : sous l'effet de celui-ci, le monde devient incompréhensible, l'individu se sent impuissant et sa vie dénuée de signification, si bien qu'il ne peut assurer sa propre santé et peut-être même pas sa survie.

PERSPECTIVE CONSTRUCTIVISTE DANS L'ANALYSE ET L'UTILISATION DE LA NARRATION

Pour Meichenbaum (1995), la *Constructivist Narrative Perspective (CNP)* hérite d'une longue tradition philosophique et psychologique selon laquelle « les êtres humains construisent activement leurs réalités personnelles et créent leurs propres modèles pour se représenter le monde ». Le discours narratif apparaît, non comme la simple expression de ces visions du monde, mais comme un agent qui contribue à leur construction et, de là, à la construction de soi.

L'objet à étudier est donc la narration que le traumatisé fait de son expérience. Les métaphores qu'il utilise, le scénario qu'il restitue, construisent son vécu et son devenir. Certains récits aident à faire face aux événements, d'autres déclenchent la victimisation. Il faut, par conséquent, essayer de comprendre comment cela se fait, de manière à aider la victime à se reconstruire au travers d'histoires qui lui permettent de se restructurer, de retrouver une image de soi et un rôle satisfaisants.

C'est bien au traitement mental de l'expérience que la CNP s'intéresse, plus qu'à l'événement réel, accordant au récit un statut d'agent actif dans la (re)construction du moi au travers de la construction d'une histoire qui lui donne sens. Une telle position vis-à-vis du discours est évidemment très éloignée des préoccupations objectivantes d'autres approches d'apparence plus rigoureuse.

Ces différents modèles cognitivistes offrent l'intérêt de se prêter aux études empiriques et de correspondre au vécu des victimes, tout en classant les réponses au trauma sur un continuum qui va du normal au pathologique. Ils sont aussi compatibles (voire complémentaires) à d'autres modèles, non seulement comportementalistes ou bio-psychosociaux, mais aussi psychodynamiques.

Traitements

Traitements comportementalistes

Dès 1991, Peterson et coll. ont fait une synthèse de l'application des traitements comportementalistes à l'état de stress post-traumatique. On en retiendra trois méthodes principales qui sont basées sur l'association de techniques de gestion de l'anxiété (relaxation...) et de techniques d'exposition (imaginaire, voire virtuelle [Rothbaum, 1999] *versus in vivo*, brève *versus* longue...). Elles ont donc en commun de confronter le traumatisé aux situations anxiogènes, alors qu'il se trouve dans un état antagoniste de relaxation et qu'il peut recourir, si nécessaire, à une technique de gestion de son anxiété.

IMPLOSIVE THERAPY OU IMMERSION IMAGINAIRE

Elle consiste en la présentation imaginaire de l'événement traumatisant jusqu'à ce que la scène ne provoque plus une forte anxiété (extinction par exposition [Keane, 1985]).

La procédure compte trois étapes :

- étape 1 : relaxation;
- étape 2 : imagerie agréable; cette étape améliore la relaxation et permet d'évaluer la capacité du sujet à travailler avec l'imaginaire;
- étape 3 : *implosive therapy* à proprement parler qui se réalise en sept phases :
 - établissement d'une hiérarchie des souvenirs traumatiques.
 - évaluation des souvenirs en termes de stress subjectif.
 - relaxation.
 - récréation de la scène traumatisante : le client étant relaxé, le thérapeute use de différents indices sensoriels pour recréer la scène du trauma dans l'imaginaire du sujet.
 - présentation des indices traumatisants : le thérapeute aide le sujet à se représenter les détails de l'événement de la façon la plus imagée possible; les éléments les plus anxiogènes sont soulignés et évoqués de façon prolongée.
 - présentation d'indices additionnels qui sont soit vécus (pensée, sentiments, image), soit hypothétiques (peur de mourir, d'être blessé, d'être agressé, d'être puni, d'être rejeté).
 - fin de la scène : le thérapeute demande des évaluations successives de la détresse, celle-ci ayant habituellement tendance à diminuer grâce à la procédure d'exposition prolongée.
 - fin de la séance : retour à la relaxation et discussion à propos de ce qui s'est passé durant la séance.

DÉSENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE

Trois formes de désensibilisation systématique ont été suggérées pour traiter les symptômes de l'état de stress post-traumatique :

- la désensibilisation systématique traditionnelle avec :
 - apprentissage de la relaxation.
 - établissement d'une hiérarchie basée sur la chronologie des événements conduisant au trauma.
 - évocation progressive de cette hiérarchie, sous relaxation;
- la désensibilisation systématique individuelle *in vivo* :
 - relaxation.
 - hiérarchisation des peurs.
 - exposition *in vivo* et contrôlée par le client aux éléments anxiogènes;
- la désensibilisation systématique *in vivo* à deux : même technique que la désensibilisation systématique individuelle mais deux sujets avec différentes craintes sont paires.

RÉPÉTITION COMPORTEMENTALE

Elle comporte les étapes suivantes :

- apprentissage de la relaxation;
- répétition contrôlée et limitée du comportement associé au traumatisme;
- évaluation subjective et comptage des réponses anxieuses avant le traitement, au cours de la répétition et après le traitement.

Ces diverses procédures thérapeutiques s'appuient donc strictement sur des concepts « behavioristes » et sont centrées sur la modification du comportement.

Traitements du point de vue cognitiviste

Les principes et techniques de Beck ont été appliqués à divers troubles anxieux (Beck, 1985) et, plus spécifiquement, à l'état de stress post-traumatique et même à l'état de stress post-traumatique secondaire à des types d'événements déterminés (Resick, 1993).

La thérapie vise à mettre au jour le système habituel de croyances du sujet, puis ses croyances concernant la signification de l'événement et les attributions qu'il fait, de manière à identifier puis à modifier (restructuration cognitive) les cognitions désadaptatives et les *patterns* d'émotions. Le traumatisme ayant modifié les schémas personnels antérieurs, il s'agira de restaurer, autant que faire se peut, les croyances de base nécessaires à une vie normale.

Trois facteurs sont particulièrement rencontrés et exploités dans le récit que fait la victime : la prévisibilité, la contrôlabilité et la culpabilité. Considérant que l'expérience traumatique n'est pas le reflet pur et simple de l'événement lui-même mais le résultat d'une interprétation, le thérapeute cherchera à éliminer certaines distorsions cognitives, à modifier les pensées négatives du sujet, à l'aider à les reformuler de façon positive, à retrouver les images de l'événement et à les restituer de manière objective sans minimisation ni maximisation. Cette reconstruction cognitive, qui passe par l'analyse des différents processus cognitifs décelables au travers des événements cognitifs (auto-verbalisations, etc.), permettrait à l'individu d'avoir une vision plus réaliste, plus objective de l'événement et de ses ressources. Du même coup, il éprouverait un sentiment de plus grand contrôle, de remise en ordre et de reprise de sens de son expérience, du monde et de lui-même.

Meichenbaum (1995), dans la *Constructivist Narrative Perspective*, propose un traitement en cinq étapes :

- mise en train où il est surtout question de créer des conditions favorables (alliance thérapeutique, informations, etc.) au traitement;
- prise en compte de la symptomatologie (co-morbidité; indication de traitement psychopharmacologique; apprentissage de stratégies de *coping* spécifiques à des symptômes cibles comme les intrusions, les évitements, l'irritabilité, etc.);
- aide apportée au patient pour qu'il restructure son histoire, transforme ses souvenirs traumatiques et passe du statut de victime à celui de « survivant »

(re-raconter son histoire et y chercher une signification; exposition aux stimuli dangereux; mettre au clair les croyances qui entraînent des difficultés, etc.);

– aide apportée au patient pour renouer avec les autres et restaurer le fonctionnement familial, social, professionnel (travailler des problèmes spécifiques de relations, encourager la victime à devenir un aidant, etc.);

– phase finale: redonner au patient de la confiance en soi, en ses compétences; discuter des efforts à faire pour prévenir les rechutes; prévoir des séances de soutien et de relance; assurer un suivi.

Les thérapies cognitivistes de l'état de stress post-traumatique cherchent donc à rendre le trauma intégrable en travaillant la perception, l'interprétation et le traitement des informations qui concernent l'événement, le monde et le moi, de manière à reconstruire une vision d'un monde habitable par un moi reconforté.

Association des approches cognitivistes et comportementalistes dans la prise en charge de l'état de stress post-traumatique

L'association de concepts et de méthodes empruntés au comportementisme et au cognitivisme est fréquente dans l'élaboration de thérapies de l'état de stress post-traumatique. Le poids respectif de chacun de ces courants y est cependant variable et il faut noter le fait que certaines techniques, identiques dans leur forme, sont utilisées par l'un et par l'autre à des fins différentes. Déjà, Ellis (1980) recommandait l'exposition *in vivo*, non pas dans le but de créer une habitude au sens comportemental du terme, mais bien dans celui de provoquer une expérience réelle, capable de combattre l'irrationalité du sujet et de corriger ses cognitions.

La théorie de Foa et Kozak (1986) est un bon exemple de combinaison d'éléments cognitifs et comportementaux, les premiers étant plus importants que les seconds. Selon ces auteurs, deux conditions sont requises pour réduire la peur qu'éprouve la personne souffrant d'un état de stress post-traumatique: il faut d'abord que le souvenir de la peur soit activé, ensuite, que de nouvelles informations soient fournies de manière à former un nouveau souvenir; ces nouvelles informations doivent contenir des éléments incompatibles avec les éléments pathologiques existant dans la structure. Les procédures d'exposition activent la structure, c'est-à-dire provoquent la peur et donnent ainsi la possibilité d'intégrer des informations correctrices, donc de modifier la structure «peur». Il devrait s'en suivre une réduction des symptômes. La répétition de l'exposition ou souvenir du trauma devrait entraîner une habitude telle, que le sujet pourrait se rappeler ce trauma sans plus développer une forte peur. Lorsque les éléments de peur, dans la structure, sont affaiblis, des stimuli qui, par généralisation, déclenchent la réponse «peur» deviennent inefficaces. Il s'ensuit une modification de l'évaluation du danger, modification qui est un indicateur de ce que des changements affectent la structure «peur» elle-même.

On distingue très nettement dans ce modèle, le va-et-vient entre le cognitif et le comportemental, et les bénéfices que l'on peut en retirer sur les deux plans.

Foa et Riggs (1993) ont insisté, par la suite, sur l'intérêt de l'exposition prolongée qui permet une réorganisation des souvenirs, qui, de ce fait, peuvent être plus facilement intégrés au schéma existant. Le trauma est alors vu comme un événement distinct et ne contamine plus la représentation globale du monde; discriminer danger et sécurité devient possible.

Les techniques de *Stress inoculation training* (SIT) développées par Meichenbaum (1975) visent à réduire les sentiments d'impuissance et les attributions de victimisation passive. Le traitement comprend trois phases:

- conceptualisation;
- acquisition d'habiletés;
- applications.

L'apprentissage de moyens, comme la relaxation, le contrôle de la respiration, l'arrêt de la pensée, l'auto-assertion ou la restructuration cognitive, aide à faire face à l'anxiété, au stress, ce qui peut donner l'impression d'un meilleur contrôle, améliore l'image de soi et rassure quant aux capacités à faire face dans l'avenir.

Le changement obtenu, notamment grâce à des apprentissages (approches comportementales), concerne donc plus les schémas que le souvenir du trauma (point de vue cognitiviste).

Efficacité thérapeutique

De par leurs caractéristiques propres de standardisation et de systématisation, les thérapies comportementales et/ou cognitives ont été beaucoup plus étudiées que les autres méthodes thérapeutiques. En effet:

- elles requièrent, au départ, le recueil d'informations précises, concrètes et quantifiées, ce qui suppose l'emploi d'entretiens semi-structurés et d'échelles d'évaluation;
- elles se fixent des buts bien définis et vérifiables;
- elles suivent des procédures explicites souvent rassemblées en un manuel qui contient aussi un programme strict de la prise en charge (nombre, fréquence, durée, contenu des séances);
- une fois le programme exécuté, les résultats sont évalués en fonction des critères préétablis et grâce à des instruments adéquats.

De plus, la culture des psychologues comportementalistes et cognitivistes les oriente, plus que d'autres, vers une certaine rigueur, ce qui ne les empêche pas de souligner que, pour le bon déroulement du programme thérapeutique, il est primordial d'avoir noué une bonne relation (alliance thérapeutique) avec le sujet traumatisé.

Les recherches sur l'efficacité des thérapies visent d'abord à répondre à la question de base: si l'on observe des changements, ceux-ci sont-ils dus à la thérapie ou à l'histoire naturelle du trouble? En d'autres termes, cela vaut-il la peine d'instaurer un traitement pour les traumatisés?

Si une réponse positive est donnée à cette question générale, il reste à vérifier que certaines thérapies et procédures sont plus efficaces que d'autres. C'est ce que certaines recherches tentent de faire en comparant des procédures cognitives et comportementalistes, par exemple l'exposition aux déclencheurs de la réponse de l'état de stress post-traumatique sans restructuration cognitive et vice-versa (Marks, 1998; Tarter, 1999).

La multiplicité des variables en jeu rend les résultats des différentes recherches difficilement comparables. Parmi ces variables, citons le type de traumatisme (guerre, agression, catastrophe d'origine humaine ou naturelle, durée de l'événement, etc.), les caractéristiques des sujets (âge, sexe, comorbidité, etc.), la méthodologie (essai contrôlé avec liste d'attente, programmes et procédures, instrument de mesure, etc.). C'est ce que rappelaient récemment Tarter et coll. (1999) qui, de plus, soulignaient que, si la littérature consacrée à l'état de stress post-traumatique est abondante, elle compte peu d'essais thérapeutiques contrôlés menés dans des conditions méthodologiques acceptables. Même dans les meilleurs des cas, les résultats obtenus, peu tranchés, ne sont pas toujours aisés à interpréter, ni à généraliser, ni à comparer. Ils sont surtout assez peu différenciés.

Ainsi, au terme de la méta-analyse de 17 études (690 sujets) contrôlées des effets des diverses psychothérapies chez des vétérans du Vietnam ($n = 281$) et du Liban ($n = 81$), chez des femmes agressées ou violées ($n = 180$) et des victimes d'autres événements ($n = 148$), Sherman (1998) conclut que les psychothérapies étudiées réduisent l'état de stress post-traumatique et la symptomatologie psychiatrique générale. Les effets persistent après l'arrêt de la psychothérapie. Il précise, toutefois, que ces résultats encourageants ne démontrent pas la supériorité d'une approche théorique et thérapeutique particulière : « alors que la plupart des études utilisent les techniques d'exposition et/ou de relaxation, les résultats obtenus par d'autres traitements étaient semblables à ceux des techniques comportementales les plus traditionnelles ». Ces dernières sont donc efficaces, comme les autres psychothérapies.

Certes, des nuances sont à apporter à cette vision globale, comme l'illustrent, par exemple, les résultats suivants : Richards et coll. (1994) comparent l'efficacité de l'exposition *in vivo* à celle de l'exposition « par imagette » (*imaginal exposure*) et trouvent les deux procédures efficaces et équivalentes. Marks et coll. (1998) aboutissent au même constat lorsqu'ils comparent l'exposition et la restructuration cognitive, lesquelles sont supérieures à la relaxation. Tandis que Tarter et coll. (1999), comparant les deux procédures (restructuration cognitive, exposition « par imagette »), concluent qu'elles peuvent réduire également les symptômes mais qu'aucune des deux ne les supprime complètement.

Conclusion

Comme on le constate, les thérapies comportementales et/ou cognitives sont associées à des résultats positifs dans la prise en charge des troubles post-trau-

matiques. Les investigations de plus en plus rigoureuses et sophistiquées dont elles sont l'objet (plus que d'autres méthodes thérapeutiques) ne méritent cependant pas en évidence d'efficacité spécifique de certaines procédures.

Dans ces conditions, les éléments de familiarité avec les méthodes thérapeutiques, de facilité d'emploi, de brièveté, d'économie et de testabilité devraient déterminer le choix du traitement, ces éléments de choix étant souvent favorables aux thérapies comportementales et/ou cognitives.

Bibliographie

- ANTONOVSKY A. *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. Jossey-Ban, San Francisco, CA, 1987.
- BECK A.T. et EMERY G. *Anxiety disorders and phobias*. Basic books, New York, 1985.
- ELLIS A. *Treatment of erectile dysfunction*. In : LEIBLUM S.R. et PERVIN L.A. *Principles and practice of sex therapy*. Tavistock Publications, London, 1980.
- EPSTEIN S. Beliefs and symptoms in maladaptive resolution of the traumatic neurosis. In : DOZER D., HEALY J.M. et STEWART A.J. *Perspectives on personality*. Jessica Kingsley, London, 3, 1990.
- EVERLY G.S. Neurophysiological consideration in the treatment of posttraumatic stress disorder. A neurocognitive perspective. In : WILSON J.P. et RAPHAEL B. *International handbook of traumatic stress syndromes*. Plenum, New York - London, 1993.
- FOA E.B. et KOZAK M.J. Emotional processing of fear : exposure to correction information. *Psychological Bulletin* 99, 20-35, 1986.
- FOA E.B. et RIGGS D.S. Posttraumatic stress disorder in rape victims. In : OLDFHAM J., RIBA M.B. et TASMAN A. *Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC, 13, 273-303, 1993.
- FOA E.B., STEKETEE E.G. et ROTHBAUM B.O. Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20, 155-176, 1989.
- FOY D.W. *Treating PTSD : cognitive-behavioral strategies*. Guilford press, New York, 1992.
- FOY D.W., OSATO S.S., HOUSKAMP B.M. et NEUMAN D.A. Etiology of posttraumatic stress disorder. In : SAIGH P.A. *Posttraumatic stress disorder*. Allyn and Bacon, Boston, 1992.
- JANOFF-BULMAN R. The aftermath of victimization : rebuilding shattered assumptions. In : FIGLEY C.R. *Trauma and its wake*. Brunner et Mazel, New York, 1985.
- JOSEPH S., WILLIAMS R. et YULE W. Psychosocial perspectives on posttraumatic stress disorder : implications for the future. *Clinical Psychology Review* 15, 515-544, 1995.
- KEANE T.M., FAIRBANK J.A., CADDELL R.T., ZIMMERING R.T. et BENDER M.E. A behavioral approach to assessing and treating PTSD in Vietnam veterans. In : FIGLEY C.R. *Trauma and its wake*. Brunner et Mazel, New York, 1985.
- LANG P.J. Imagery in therapy : an information processing analysis of fear. *Behavior Therapy* 16, 495-512, 1977.
- MC FARLANE A.C., WEBER D.L. et CLARK C.R. Abnormal stimulus processing in PTSD. *Biological Psychiatry* 34, 311-320, 1993.
- MC FARLANE A.C. et YEHUDA R. Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. In : VAN DER KOLK B.A., MC FARLANE A. et WEISAETH L. *Traumatic stress*. Guilford Press, New York - London, 1996.
- MARKS I., LOVELL K., NOSHIRVANI H., LIVANOU M. et TRASHER S. Exposure and cognitive restructuring alone and combined in PTSD : a controlled study. *Archives of general Psychiatry* 55, 317-325, 1998.

- MEICHENBAUM D. A self-instructional approach to stress management : a proposal for stress inoculation training. In : SPIELBERGER C. et SARASON I. *Stress and anxiety*. Wiley, New York, 2, 1975.
- MEICHENBAUM D. *Treating posttraumatic stress disorder : a handbook and practice manual for therapy*. WILEY J. and Sons, Chichester - New York - Brisbane - Toronto - Singapore, 1994.
- MOWBRER O.H. *On the dual nature of learning : a reinterpretation of « conditioning » and « problem solving »*. Harvard educational Review, 17, 102-148, 1947.
- PETERSON K.C., PROUT M.F. et SCHWARZ R.A. *Posttraumatic stress disorder. A clinician guide*. Plenum Press, New York - London, 1991.
- RESICK P.A. et SCHNICKE M.K. *Cognitive processing therapy for rape victims*. Sage, Newbury Park, CA, 1993.
- RICHARDS A., LOVELL K. et MARKS I.M. Posttraumatic stress disorder : evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of traumatic stress* 7, 669-680, 1994.
- ROTHBAUM B.O., HODGES L., ALACRON R., READY D., SHAHAR F., GAAP K., PAIR J., HEBERT P., GOTZ D., WILLS B. et BALTZELL D. Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans : a case study. *Journal of traumatic stress* 12, 263-271, 1999.
- SHERMAN J.J. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of traumatic stress* 11, 405-412, 1998.
- TARRIER N., PILGRIM H., SOMMERFIELD C., FARAGHER B., REYNOLDS M., GRAHAM E. et BARROWCLOUGH C. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical Psychology* 67, 13-18, 1999.
- VAN DER KOLK D.A., BROWN P. et VAN DER HART O. Pierre Janet on posttraumatic stress. *Journal of traumatic stress* 2, 365-378, 1989.