

LES TRAITEMENTS DU PSYCHOTRAUMATISME

OLIVIER COTTENCIN*

RÉSUMÉ

Le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) est aujourd'hui mieux codifié. Il associe traitements pharmacologique et psychothérapeutique. Les objectifs sont précis et répondent à la souffrance exprimée des patients : diminuer les symptômes de répétition traumatique (flash-back, cauchemar) et d'hyperéveil (réaction de sursaut), améliorer l'évitement (impossibilité de faire certains actes de la vie courante) et l'émoussement affectif (indifférence aux autres), mais aussi traiter les comorbidités (troubles associés) très fréquentes, dont les addictions (alcool, médicaments, drogues). Les conclusions des études contrôlées sont formelles, le traitement doit être précoce, structuré et focalisé sur le traumatisme. Les médicaments de référence appartiennent à la classe des antidépresseurs, mais des pistes nouvelles sont à l'étude.

MOTS-CLÉS

état de stress post-traumatique, psychothérapie, thérapie cognitive et comportementale, EMDR, hypnose, pharmacothérapie, antidépresseur.

SUMMARY: THE TREATMENTS OF THE POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

The treatment of the posttraumatic stress disorder (PTSD) is better codified today. It associates pharmacological and psychotherapeutical treatments. The objectives are precise and answer the suffering expressed by the patients: decrease the symptoms of reexperiencing (flashback, nightmare) and of hyperawakening (reaction of surge), improve the avoidance (impossibility to do certain acts of the current life) and the indifference in the others, but also to treat the comorbidity very frequent, among which addictions (alcohol, medicines, drugs). The conclusions of the controlled studies are formal, the treatment must be premature, structured and focused on the traumatism. Reference medicines belong to the class of anti-depressants, but new tracks are under study.

KEY WORDS

posttraumatic stress disorder, psychotherapy, cognitive and behavioral therapy, EMDR, hypnosis, pharmacotherapy, anti-depressant.

D'un point de vue historique, le traitement de l'état de stress post-traumatique (ESPT) a longtemps été fondé sur des soins psychothérapeutiques. Ce sont les psychiatres militaires confrontés aux blessés psychiques qui ont été les pionniers en ce domaine, et si la Première Guerre mondiale a marqué une prise de conscience, ce sont véritablement la Seconde Guerre mondiale et la Guerre du Viêt-Nam qui ont ouvert les pistes thérapeutiques les plus prometteuses ⁽¹⁾.

Nous ne reprendrons la clinique de l'ESPT que pour comprendre les cibles thérapeutiques. En effet, elle associe à l'issue d'une rencontre avec un événement traumatisant un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un syndrome de répétition (flash-back diurne ou cauchemar de la scène), des comportements d'évitement de toute situation rappelant le traumatisme, l'émoussement des affects (sentiments) en lien avec

l'incommunicabilité de l'expérience et des réactions de sursaut ⁽²⁾. Mais il est bien établi aujourd'hui que le retentissement de cette maladie est considérable sur le plan psychosocial, car elle peut évoluer sur trois à cinq ans en l'absence de traitement et parce que l'on retrouve une forte association à d'autres troubles psychiatriques tels que les abus de substances psychoactives – alcool, tabac, cannabis, etc. – (40 à 50 % des cas), une dépression (50 à 80 %), un risque suicidaire important (45 %), lequel est multiplié par 3,5 à sept fois selon les études, pour ne citer que les troubles associés (comorbidités) les plus fréquents ⁽³⁾.

Ainsi, on sait aujourd'hui que la prise en charge thérapeutique d'un ESPT constitué doit non seulement cibler les symptômes dont souffre le patient, mais également prendre en compte toute maladie associée en raison du fait qu'elles s'aggravent mutuellement et sont des facteurs de mauvais pronostic.

*Psychiatre, Service d'addictologie, CHRU de Lille, France

ABORD PHARMACOLOGIQUE

Le trauma, c'est plus que du stress. C'est un niveau élevé, prolongé et répété du niveau d'alarme qui entraîne une hypersensibilisation au stress. Ainsi, l'hypothèse biologique du trauma est le dépassement des mécanismes d'adaptation au stress – qui assurent normalement alerte, vigilance, orientation vers la nouveauté..., augmentation de la fréquence cardiaque face à un événement menaçant – au sein d'une structure cérébrale bien identifiée (le locus cœruleus) ⁽⁴⁾.

Les médicaments de référence aujourd'hui reconnus dans le traitement de l'ESPT sont les antidépresseurs dits sérotoninergiques. En effet, ces médicaments en inhibant la recapture de la sérotonine (IRS) augmentent sa transmission dans les neurones. Mais pourquoi traiter l'ESPT avec des antidépresseurs alors que l'hypothèse du stress est centrale dans cette maladie considérée comme un trouble anxieux ? La réponse tient au fait qu'en plus de l'efficacité démontrée sur le plan clinique, il a été montré que les récepteurs à la sérotonine sont impliqués dans la neuromodulation des troubles anxieux et les voies sérotoninergiques dans certains symptômes associés à l'ESPT : impulsivité, comportements suicidaires ou addictifs. L'hypothèse la plus communément partagée est que la sérotonine modulerait l'hyperstimulation du circuit de la peur du fait de son effet régulateur noradrénergique au niveau du locus cœruleus ⁽¹⁾.

L'efficacité des antidépresseurs de première génération (tricycliques et IMAO) a été validée par de nombreuses études ⁽⁵⁾. Mais leur usage est aujourd'hui limité en raison de leur effets secondaires mal supportés par les patients et de leur faible index thérapeutique (en d'autres termes, la dose létale est trop proche de la dose efficace). Aujourd'hui, ce sont donc les antidépresseurs sérotoninergiques qui sont le traitement de première intention depuis le consensus d'experts de 1999. Trois antidépresseurs sont indiqués dans le traitement de l'ESPT : la sertraline, la paroxétine et la fluoxétine. Mais la littérature scientifique rapporte également une efficacité notable d'autres antidépresseurs de nouvelle génération ou non : trazodone, nefazodone, venlafaxine, bupropion, mirtazapine ⁽⁵⁾.

Il est communément admis que les anxiolytiques et les hypnotiques n'ont pas leur place dans le traitement de l'ESPT. Il faut donc ne les inclure dans la prise en charge qu'en tant que traitement adjuvant d'une anxiété trop importante ou d'un trouble du sommeil. Toutefois, étant donné le risque de dépendance chez certains patients ayant présenté des antécédents d'abus de substance, il est recommandé d'évi-

ter les benzodiazépines au long cours et de leur préférer des anxiolytiques dérivés pipéraziniques (hydroxyzine) ⁽¹⁾.

En cas d'échec ou de mauvaise réponse au traitement antidépresseur, il est recommandé, malgré la fragilité des études, d'associer d'autres thérapeutiques. Ainsi, tous les régulateurs de l'humeur ont été proposés (une seule étude contrôlée avec la lamotrigine). Des pistes plus intéressantes concernent les antiadrénergiques (prazosine pour les troubles du sommeil en association avec les antidépresseurs), la buspirone (proposée en association en cas de cauchemars) et plus récemment des antipsychotiques de nouvelle génération (proposés surtout comme traitement des symptômes associés et des ESPT réfractaires) ⁽⁶⁾.

ABORD PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

L'abord psychothérapeutique est considéré comme la pierre angulaire du traitement de l'ESPT. De nombreuses approches ont été proposées, des plus structurées aux plus fantaisistes. Toutefois, les trois grands courants psychothérapeutiques – psychodynamique, systémique et comportemental – sont aujourd'hui bien représentés au sein de la prise en charge, et les plus récentes techniques ont pu être évaluées au sein d'études contrôlées ⁽⁷⁾.

*La neutralité
bienveillante, qui est
une sorte d'impératif
de la psychanalyse,
est particulièrement
mal adaptée*

Pour bien comprendre les différents abords psychothérapeutiques, il faut se pencher sur quelques fondements théoriques :
- d'un point de vue psychodynamique, le sujet est devenu "objet" face au trauma. Confronté à l'irreprésentable de sa propre mort (le néant), il devient impossible de mettre en mots un réel dont il ne peut rendre compte ⁽¹⁾. Ainsi, les symptômes dont il souffre sont des tentatives de solution (déli, refoulement, inscription dans le psychisme) ;
- d'un point de vue cognitiviste, les représentations mnésiques (souvenirs) activées pour traiter les informations traumatiques sont inexistantes et la vision préalable du monde s'effondre ⁽⁸⁾. L'activation des mécanismes naturels de défense ou de fuite est dépassée : l'information traumatique dépasse ce qui est connu ⁽⁹⁾.

LES THÉRAPIES PSYCHODYNAMIQUES

Le point commun de l'ensemble des thérapies étant la focalisation sur les symptômes, les premières thérapies psychodynamiques furent centrées sur l'abréaction (réduction de la tension émotionnelle) pour permettre au patient la verbalisation de l'événement traumatique afin d'en revivre l'expérience émotionnelle dans une visée cathartique (libération des passions). Pratiquées sous analgésie (prise de calmant) ou non, elles présentent le risque de se limiter à la ver-

balisation et d'enfermer le patient dans les symptômes de répétition (flash-back, cauchemar). Dans le même esprit, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ont été proposées pour travailler de façon spécifique sur le vécu de l'événement traumatique.

Les thérapies psychodynamiques se distinguent des autres techniques psychothérapeutiques qui, elles, visent les symptômes, en se donnant pour but la modification des rapports qu'entretient le sujet avec son traumatisme. Le destin de ces thérapies psychodynamiques est de deux ordres selon qu'elles sont pratiquées précocement ou plus tardivement après l'événement. Précocement (en termes de semaines), elles peuvent intégrer très vite les éléments qui composent la structure du sujet et rendre ainsi inutile le rôle de l'image traumatique en tant que source de satisfaction ; la guérison peut alors être obtenue en deux à trois semaines à la condition que la prise en charge soit intense et requière entièrement l'attention du sujet sur la scène de ses processus inconscients. Pratiquées plus tardivement (en termes de mois ou années), le lien d'attachement inconscient entre le sujet et son image traumatique fait obstacle à un décentrement de son intérêt pour sa souffrance liée à l'événement. Il lui faudra peu à peu, dans le récit de ses rêves et de ses fantasmes, découvrir que sa souffrance a des allures de satisfaction, de retrouvailles inconscientes avec l'objet perdu du nourrisson, c'est-à-dire avec le corps fantasmé de la mère. Expérience qui est à l'origine de son angoisse de néantisation et que l'on ne retrouve habituellement que dans la psychose (essentiellement la schizophrénie). Bien sûr, tout patient n'est pas capable d'effectuer un tel travail, lequel n'est possible qu'au moyen du transfert – au sens freudien du terme – qui nécessite une confiance totale dans sa propre parole adressée à un Autre (le thérapeute) supposé savoir l'origine de sa souffrance.

Sur le plan pratique, le problème est que la méthode psychodynamique suppose des praticiens spécialement formés et qu'elle peut demander un temps jugé excessif par les compagnies d'assurance et la Sécurité sociale, voire par le sujet lui-même et son entourage, d'autant plus qu'en aucun cas la guérison ne peut être promise, même s'il s'avère qu'elle peut être obtenue. Aussi, cette méthode reste assez confidentielle et son intérêt tient plus dans ce qu'elle apporte à la recherche sur la question du trauma qu'à son effectivité. Il faut souligner par ailleurs que peu de psychanalystes savent engager un travail avec ce type de patients. La neutralité bienveillante, qui est une sorte d'impératif de la psychanalyse, est particulièrement mal adaptée à une personne qui sort d'un abandon extrême et pour laquelle le silence des analystes ne peut pas être compris comme un espace dans lequel elle peut dérouler sa propre parole, voire peut être

ressenti comme un nouvel abandon, ou encore comme une attitude critique ou agressive.

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

Les principes des thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont clairement codifiés ; ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information). Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes⁽⁷⁾. Il est possible de les associer aux thérapies psychodynamiques ou d'inspiration psychanalytique lorsque certains symptômes persistent, ou sont insuffisamment améliorés, ou sont liés à un trouble de la personnalité.

L'ÉYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING

Développé récemment par Shapiro à Palo-Alto, aux États-Unis, l'*Eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est une technique thérapeutique de découverte fortuite⁽¹⁰⁾. En effet, alors qu'elle est en proie à des difficultés personnelles, Shapiro découvre l'effet thérapeutique d'un mouvement alternatif des yeux sur la qualité affective de ses souvenirs. Elle expérimentera cette découverte auprès de témoins sains, puis de victimes de traumatisme avec un certain succès. Le principe de cette thérapie consiste en une exposition en imagination de tout ou partie du trauma, pendant laquelle le patient suit des yeux un mouvement rapide de va-et-vient de la main du thérapeute qui sera répété jusqu'à l'obtention d'une diminution de l'anxiété du sujet sur un thème choisi de l'événement traumatique. Controversée en France en raison de son aspect magique (et hypnotique), cette technique est aujourd'hui recommandée dans les instituts américains les plus sérieux.

L'HYPNOSE

Enfin, parce que Freud et Janet remarquaient les liens entre hypnose, dissociation et traumatisme (considérant que le sujet se plaçait dans un état hypnoïde au moment de l'événement), l'hypnose peut être un outil efficace dans le champ du traumatisme psychique^(11, 12). Même si l'hypnose aujourd'hui a changé et appartient au champ des thérapies stratégiques brèves⁽¹³⁾, sa conceptualisation comme phénomène naturel et protecteur autant que comme outil

thérapeutique par Milton Erickson trouve sa justification dans ses parentés cliniques avec l'ESPT⁽¹⁴⁾. En effet, dans la confrontation au traumatisme comme dans l'état hypnotique, on retrouve de nombreux éléments cliniques utiles dans la thérapie tels la modification de l'état de conscience, l'altération de la perception du temps, la suspension de la conscience, la dissociation physique et psychique, la focalisation de l'attention, les troubles de la mémoire et de la perception, etc. L'hypnose utilisée dans la pathologie psychotraumatique est focalisée sur le trauma en ce qu'elle vise la stabilisation et la réduction des symptômes, le traitement des souvenirs traumatiques et le travail sur la personnalité et son contexte. L'objectif principal du travail thérapeutique est de "casser le monolithe" que représente le trauma en entrant avec prudence dans la bulle hypnotique qui s'est constituée (laissant le patient fixé à l'événement traumatique) pour pouvoir ponctuer la crise psychique, apprendre au patient l'autohypnose et lui offrir des suggestions spécifiques concernant le contexte et le vécu du trauma⁽¹⁵⁾. Peu évaluée, sinon par des études de cas, l'hypnose reste une possibilité thérapeutique ouverte qui a l'avantage d'être non invasive en utilisant un état de conscience que le patient connaît déjà.

CONCLUSION

La question de savoir s'il existe une thérapie meilleure qu'un autre, force est de constater qu'il est difficile de répondre. En effet, la thérapie est affaire de subjectivité et consiste en une rencontre définie dans une relation thérapeutique qu'il est difficile de mesurer. Toutefois, la récente analyse de Bisson et Andrews confirme que plus une thérapie est focalisée sur le trauma, plus elle est efficace dans le traitement de l'ESPT⁽⁷⁾. Dans tous les cas, le thérapeute devra avoir été dûment formé. Enfin, il convient aux patients comme aux praticiens habilités de se méfier de techniques de soins marginales qui confinent au charlatanisme, voire à l'emprise sectaire.

Ainsi, le traitement de l'ESPT constitué est aujourd'hui mieux codifié et il associe pharmacothérapie et psychothérapie. Les objectifs thérapeutiques sont précis et répondent à la souffrance exprimée des patients : diminuer les symptômes de répétition et d'hyperveil, améliorer l'évitement et l'érousement affectif, mais aussi traiter les troubles associés, très fréquents, dont les addictions qui sont un problème trop souvent laissé au second plan. Tant en pharmacologie qu'en psychothérapie, des études sont engagées et leurs résultats sont attendus étant donné l'impact considérable de ce trouble très invalidant. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - VAIVA G ET AL. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris : Masson, 2005.
- 2 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition, Text revision (DSM-VI-TR). Washington, DC : APA, 2000.
- 3 - WITTCHEN HU ET AL. Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums* 2009 ; 14 (1 Suppl.) : 5-12.
- 4 - DUCROCQ F, VAIVA G. From the biology of trauma to secondary preventive pharmacological measures for post-traumatic stress disorders. *Encephale* 2005 ; 31 (2) : 212-226.
- 5 - BISSON JI. Pharmacological treatment to prevent and treat posttraumatic stress disorder. *Torture* 2008 ; 18 (2) : 104-106.
- 6 - HAMNER MB, ROBERT S. Emerging roles for atypical antipsychotics in chronic posttraumatic stress disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2005 ; 5 (2) : 267-275.
- 7 - BISSON J, ANDREW M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007 ; (3) : CD003388.
- 8 - JANOFF-BULLMAN R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New-York : Free Press, 1992.
- 9 - FOA E, RIGGS D. Posttraumatic stress disorder in rape victims. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1993.
- 10 - SHAPIRO F. Eye movement desensitization and reprocessing. New York : The Guilford Press, 1995.
- 11 - JANET P. L'automatisme psychologique (1889). Paris : Société Pierre Janet Édition, Alcan, 1973.
- 12 - BREUER J, FREUD S. Studies on hysteria (1895). Paris : PUF (traduction en français), 1956, 1981.
- 13 - HALEY J. Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson, MD. New York : Ballantine Books, 1973.
- 14 - LYNN SJ, CARDEÑA E. Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions: an evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2007 ; 55 (2) : 167-188.
- 15 - COTTENCIN O ET AL. Hypnose et traumatisme psychique : aspects cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2002 ; 2 (3) : 163-168.
- 16 - DOUTRELUGNE Y, COTTENCIN O. Thérapies brèves : situations cliniques. Paris : Masson, Coll. Pratiques en Psychothérapie, 2009.