

Synthese du mémoire : Etude des Stress Post-traumatique

En 1980, la notion de névrose traumatique fut intégrée au sein du DSM-III sous le nom de « Post-Traumatic Stress Disorder » (PTSD). Ce diagnostic apparut également dans la CIM en 1982.

Aujourd'hui, le PTSD est la dénomination internationale pour un état défini dans le DSM-IV et la CIM 10. Dans le DSM-IV, il est noté que le PTSD peut suivre une situation dans laquelle « la personne a expérimenté (en tant que témoin ou a été confronté) un événement induisant une mort imminente, menaçante ou une blessure sérieuse envers elle-même ou autrui. La réponse de la personne implique une peur intense, un sentiment d'impuissance ou de l'horreur ».

Afin de présenter un trouble de stress post-traumatique, la personne doit être sujette, pendant au moins un mois après le traumatisme, à des symptômes qui altèrent son fonctionnement quotidien. Ceux-ci recouvrent :

1) Des reviviscences ou la ré-expérience de symptômes comprenant des pensées intrusives et des images de l'événement, des cauchemars récurrents, des flash-back au cours desquels la personne a l'impression de revivre l'événement, de la détresse psychologique accompagnée de manifestations physiologiques.

2) Des symptômes d'éveil qui se manifestent par des perturbations du sommeil, des troubles de la concentration, une hypervigilance attentionnelle aux signaux de danger, une augmentation de l'irritabilité et une réaction excessive de sursaut aux bruits forts ou soudains.

3) Des symptômes d'évitement incluant l'évitement de situations, de pensées ou d'images associées à l'événement traumatique ainsi que l'expérience d'une certaine amnésie de l'événement. De plus, la personne présente un « émoussement affectif » traduisant un détachement envers les autres, une réduction des affects et une diminution de l'intérêt pour les activités en général.

Les symptômes débutent classiquement dans les trois mois qui suivent un événement traumatisant. Néanmoins, il existe des différences interindividuelles quant à l'émergence et l'évolution des réactions liées au PTSD. Le DSM-IV distingue un « PTSD aigu » (durée des symptômes inférieure à 3 mois), un « PTSD chronique » (durée des symptômes égale ou supérieure à 3 mois), un « PTSD retardé ou différé » lorsqu'au moins 6 mois se sont écoulés entre l'événement traumatique et le début des symptômes.

Les principales caractéristiques du PTSD sont les suivantes : (1) La désorganisation du souvenir traumatique, comprise en termes de « trous » dans le rappel et la difficulté de produire une narration cohérente de l'événement. (2) L'émergence de pensées intrusives liées au traumatisme. (3) La ré-expérience de l'événement traumatique sous forme de scènes fragmentées et incohérentes, à savoir les « flash-back ». (4) La distorsion typique de la notion du temps, comme si l'événement se reproduisait à nouveau lors de flash-back par exemple. (5) Le sentiment d'irréalité recouvrant la difficulté à accepter que l'événement se soit réellement produit.

Les modèles « uni-représentationnels » du PTSD (par exemple, la théorie des schémas de Horowitz, la théorie en réseau de Foa et ses collègues), ont évolué vers des théories multi-représentationnelles ou « multi-niveaux ». La conception des modèles « multi-niveaux » désigne le fait qu'on ne peut complètement rendre compte des phénomènes émotionnels qu'en postulant l'existence de processus opérant à des niveaux cognitifs différents. Une caractéristique essentielle de ces modèles est que l'information du traumatisme serait représentée dans au moins deux formats de représentation. Selon les modèles multi-niveaux, les problèmes émotionnels, tel que le PTSD, résulte d'un dysfonctionnement d'un niveau de traitement de l'information émotionnelle. Ce dysfonctionnement émotionnel se traduit par une sur-activation automatique, notamment des systèmes suivants : « le code schématique » dans le modèle ICS de Teasdale & Barnard (1991), « la mémoire situationnellement accessible » dans le modèle de Brewin & al. (1996), « le système associatif » dans le modèle de Dalgleish & al. (1999), « le data-driven processing » dans le modèle d'Ehlers & Clark (2000) et le « système schématique/ associatif » dans le modèle bi-mnésique des émotions de Philippot (2004). Ces différents systèmes sont automatiquement suractivés suite aux relations dysfonctionnelles qu'ils entretiennent avec d'autres systèmes : « Le système VAM » dans le modèle de Brewin (1996), « les systèmes propositionnel, de réponses corporelles et perceptif » dans le modèle bi-mnésique de Philippot. Ce dernier modèle présente deux systèmes de base : (1) Le système schématique, constitué par des associations récurrentes entre stimuli et réponses dans l'ensemble des expériences d'un individu. (2) Le système propositionnel se constitue d'un ensemble de connaissances explicites reliées entre elles par des relations sémantiques ou épisodiques. L'activation du système schématique génère l'émotion par des processus automatiques, inconscients et très rapides. C'est l'activation d'indices perceptifs, d'un système de réponses corporelles ou d'éléments propositionnels associés au schéma qui peut entraîner l'activation d'un schéma émotionnel. Par exemple, des indices environnementaux liés au traumatisme de la personne (système perceptif) peuvent automatiquement activer chez elle un schéma de peur (système schématique). Réciproquement, l'activation d'un schéma de peur a un impact direct sur le système perceptif en abaissant le seuil de perception des stimuli menaçants. La boucle est ainsi verrouillée et vient renforcer l'activation du schéma de peur. Ces relations entre systèmes (qualifiés par des vocables différents selon les modèles dans la littérature) impliquent généralement des phénomènes de régulation mais, dans le cadre du PTSD, des cycles rétroactifs bouclant sur eux-mêmes et engendrant de véritables cercles vicieux. Ces boucles de rétroaction entre systèmes génèrent ainsi des difficultés émotionnelles chez la personne souffrant d'un stress post-traumatique : des émotions intenses, une excitation physiologique, corporelle, etc.

Les recherches développées dans le domaine de la « spécificité de l'information émotionnelle » postule que centrer son attention sur les éléments spécifiques de la situation ou les éléments dits « uniques-épisodiques », c'est-à-dire non intégrés au schéma pathogène, devrait interrompre la boucle de rétroaction entre le schéma et les systèmes propositionnel, perceptif et de réponses corporelles. Ainsi, la focalisation attentionnelle sur les éléments du souvenir traumatique non associés au schéma devrait permettre une désactivation de l'émotion de peur et une intégration progressive du souvenir traumatique dans la base de données des connaissances autobiographiques. De la mémoire de travail, le souvenir traumatique serait alors intégré parmi les autres souvenirs de la personne situés dans la mémoire à long terme. A contrario, centrer son attention sur les éléments de la structure de peur de la personne, dits « prototypiques » entraînerait une suractivation du schéma pathogène et une détresse émotionnelle intense.

Une série de recherche expérimentales (pour une recension voir : Philippot, Neumann & Vrielynck, 2007), ont permis de rendre compte des effets régulateurs de la spécification émotionnelle concernant l'intensité de l'émotion éprouvée lors de la ré-évoation d'un épisode émotionnel. Des recherches tentent aujourd'hui d'éprouver si le fait de spécifier, c'est-à-dire de contextualiser l'événement traumatique lors de séances d'exposition en imaginaire, permettrait une meilleure régulation émotionnelle.

Céline FRANCOIS Aout 2008