

Quelle est la valeur des divers traitements psychologiques proposés pour le trouble de stress post-traumatique

Alain Brunet

*Université de Montréal
Centre de recherche Fernand-Seguin*

Résumé

Un examen des études contrôlées d'efficacité indique que les approches comportementale, cognitive-comportementale, de même que psychodynamique brève ont toutes démontrées une certaine efficacité dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, sans que l'on puisse vraiment les départager à l'heure actuelle. Cette situation est attribuée d'une part, à la faible puissance statistique des études recensées et d'autre part, aux ingrédients communs à ces traitements. Par ailleurs, les études à venir devraient accorder une attention particulière au phénomène des rechutes et au traitement de populations civiles exposées à un événement traumatique.

Quoique bien connu sous diverses appellations depuis longtemps déjà (Scott, 1990), une définition du trouble de stress post-traumatique (TSPT), fût incorporée dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) il y a à peine 15 ans. La reconnaissance officielle de ce trouble a grandement stimulé la recherche sur son étiologie, sa phénoménologie et son traitement. À ce jour, plusieurs traitements psychologiques ont été proposés. Certains d'entre eux ont même passé l'étape des études d'efficacité contrôlées. Le présent article effectue la synthèse de ces études et tente de faire le point sur la valeur relative des traitements comportemental, cognitif-comportemental et psychodynamique bref.

L'auteur prépare un Ph.D. en psychologie et est récipiendaire d'une bourse de recherche du Conseil de recherches médicales du Canada. Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Alain Brunet, M.Sc., Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7331 rue Hochelaga, Montréal (Qc), Canada, H1N 3V2. L'auteur aimerait remercier les trois réviseurs anonymes, ainsi que Richard Boyer et Germain Lavoie pour leur commentaires ayant permis de bonifier ce manuscrit.
Mots clés: trouble de stress post-traumatique, victimisation, traitement, études contrôlées d'efficacité, recension des écrits.

Le TSPT est un désordre anxio-dépressif susceptible d'apparaître lorsqu'un individu a été exposé à un événement dont l'ampleur dépasse l'expérience subjective usuelle (APA, 1987). Selon la définition qu'offre le DSM-III-R (APA, 1987), sa symptomatologie forme la triade suivante: (1) reviviscences de l'événement sous diverses formes; (2) évitement des stimuli associés à l'événement ou émoussement de la réactivité générale; (3) hyperactivité neurovégétative. Toutefois, la description de ce trouble ne serait pas complète si l'on omettait de mentionner les influents travaux d'Horowitz (1973, 1986) et de Keane (1989). Horowitz distingue les symptômes intrusifs (éléments un et trois de la triade) des symptômes d'évitement/déni (élément deux de la triade). Cette distinction est assez utilisée en raison de l'usage très répandu de l'échelle "Impact of Event Scale" (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) dans la recherche sur le stress post-traumatique. Un peu dans la même veine, Keane différencie les symptômes positifs et négatifs.

On doit ajouter que le TSPT est habituellement accompagné de perturbations affectives, cognitives et psychosociales importantes (Ochberg, 1988): honte, culpabilité, impuissance, rage envers l'agresseur ou gratitude paradoxale (syndrome de Stockholm), dégoût de soi, inhibitions sexuelles, résignation, victimisation secondaire et chute du statut social, pour ne nommer que les plus saillants. Tout traitement complet doit donc considérer cette gamme de symptômes associés à ce trouble et non seulement les symptômes cardinaux du TSPT cités dans le DSM-III-R.

Dans une revue de la documentation remontant jusqu'à 1967, Solomon, Gerity et Muff (1992) recensent 255 articles traitant de l'efficacité d'un traitement pour les victimes d'événements traumatiques. Ces auteurs ont remarqué que la très vaste majorité de ces articles sont soit à caractère théorique, soit des protocoles à cas uniques sans groupe témoin basés sur le retrait ou l'inversion du traitement. Déjà, plusieurs auteurs ont passé en revue, d'une façon plus ou moins exhaustive, ces études (voir Foa & Olasov Rothbaum, 1989; Frank et al., 1988; Galloucis & Kaufman, 1988; Holmes & St-Laurence, 1983; McFarlane, 1989) au demeurant fort informatives pour la recherche clinique sur le TSPT. Cependant, à peu près toutes les modalités de traitement existantes en psychologie ont été rapportées comme pouvant être efficaces (Dye & Roth, 1991; Solomon et al., 1992). Citons, en guise d'exemple, les techniques comportementales d'exposition (Black & Keane, 1982; Keane & Kaloupek, 1982; Kipper, 1977), l'inoculation au stress (Veronen & Kilpatrick, 1983), la relaxation et le biofeedback (Hickling, Simon, & Vanderploeg, 1986), la méditation transcendentale (Brooks et Scarano, 1985), la narcosynthèse (Muse, 1984), la restructuration cognitive (Forman, 1980), l'approche électorique (Brodsky, Doerman, Palmer, Slade, & Munasifi, 1990), la thérapie psychodynamique brève (Horowitz, 1973), analytique (Haley, 1974; Lindy, Green, Grace, & Titchener, 1983) et le counseling de groupe (Cryer & Beutler, 1980).

Ainsi, le présent document se limite délibérément aux seuls traitements psychologiques ayant fait l'objet d'au moins une étude contrôlée d'efficacité. On entend par là, toutes les études qui (1) emploient un devis cas/témoin ou qui ont

comparé au moins deux traitements différents, (2) assignent de façon aléatoire les patients aux divers traitements et (3) utilisent un même groupe de mesures d'efficacité valides dans une séquence pré/post incluant un suivi. Les patients doivent porter un diagnostic de trouble de stress post-traumatique ou à défaut de cela, avoir vécu un événement considéré comme traumatique par le DSM-III-R. Étant donné la relative nouveauté de l'entité diagnostique du TSPT en regard de sa longue existence et considérant la relative rareté des études d'efficacité contrôlées, il serait inopportun à ce stade de développement du champ de recherche d'exclure certaines études strictement sur la base de la pureté diagnostique. En revanche, il existe suffisamment d'études sur le traitement de personnes exposées à un événement traumatique pour ne retenir que celles qui emploient un devis de recherche rigoureux. Ce choix inclut certaines recherches sur le deuil et le viol, des expériences de vie pouvant fréquemment revêtir un caractère traumatique (Brom, Kleber, & Defares, 1989; Horowitz, 1986; Foa, Olasov Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991) malgré qu'elles ne soient pas toujours conceptualisées dans ce cadre.

Après une recherche bibliographique exhaustive, incluant une revue informative de la documentation (Psychlit, Medline et Pilots), ainsi qu'une revue des résumés des communications présentées aux congrès annuels de l'International Society for Traumatic Stress Studies (1990 à 1993), nous recensons huit publications traitant de l'efficacité des interventions psychologiques pour le TSPT. Les principales caractéristiques de ces études sont décrites au tableau 1, de même que certaines remarques qui ne figurent pas dans le texte. Ces huit études ont examiné l'efficacité de traitements comportementaux, cognitifs-comportementaux et psychodynamiques brefs et seront discutées dans cet ordre.

L'approche comportementale

Traitements

Les traitements comportementaux du TSPT sont essentiellement dérivés du traitement des phobies tel que décrit par Stampfl et Levis (1967) et par Wolpe (1954). Ces traitements visent à éteindre ou à contre-conditionner certaines réponses dysfonctionnelles de l'individu. Dans la désensibilisation systématique, le patient apprend une réponse (la relaxation) incompatible avec l'anxiété qu'il éprouve face à une hiérarchie de situations modelées sur la situation anxiogène. Un second traitement, l'immersion, consiste à présenter des stimuli conditionnels anxiogènes ne représentant pas de danger réel (ex. bande sonore, vidéo...) de façon continue jusqu'à ce que la réponse d'anxiété diminue ou s'éteigne. Dans l'implosion, une variante de l'immersion, ces stimuli sont évoqués à l'aide de l'imagerie guidée. En réalité, ces deux techniques sont souvent employées de concert et les deux termes sont souvent utilisés comme des synonymes. L'implosion est parfois employée de façon concomitante à l'implosion à des fins de

relaxation ou encore pour remplacer l'imagerie guidée. Finalement, on doit mentionner la désensibilisation par le mouvement des yeux (Shapiro, 1989). Il s'agit d'un nouveau traitement qui exige du patient qu'il accomplisse avec ses yeux des séries de mouvements latéraux en saccades, tandis qu'il visualise en son for intérieur l'aspect le plus troublant de l'événement traumatique subi. Ces mouvements, contrôlés par le psychothérapeute avec l'index ou encore avec un stylo, sont répétés de façon sérielle jusqu'à ce que l'image visualisée perde sa force évocatrice selon le rapport verbal du patient, généralement en une ou deux séances.

Études d'efficacité

Six études contrôlées (Boudewyns & Hyer, 1990; Brom et al., 1989; Cooper & Clum, 1989; Foa et al., 1991; Keane, Fairbank, Caddell, & Zimering, 1989; Shapiro, 1989) ont testé l'efficacité de l'un ou l'autre des traitements comportementaux. Cooper et Clum (1989) ont comparé des vétérans du Vietnam recevant un traitement standard (counseling individuel et de groupe incluant une pharmacothérapie) à des vétérans recevant ce même traitement, mais avec en plus des séances d'immersion. Une réduction significative de la détresse subjective (Subjective Units of Distress ou SUDs) et des symptômes de reviviscences ont été obtenus chez les patients du groupe immersion à la mesure post et lors du suivi. Étant donné le peu d'impact de ce traitement sur les échelles d'anxiété, de dépression, et sur les symptômes d'évitement et d'hyperactivité neurovégétative, ces auteurs suggèrent l'emploi de l'immersion comme traitement complémentaire unique.

Keane et al. (1989) ont comparé des vétérans du Vietnam traités par l'immersion à un groupe de vétérans en attente de traitement. L'usage d'une liste d'attente comme groupe de comparaison a permis de dégager un plus grand nombre de résultats significatifs en faveur de la thérapie par immersion, notamment sur les mesures auto-administrées d'anxiété, de peurs et de dépression aussi bien dans les comparaisons inter-groupes qu'intra-groupe. En ce qui a trait aux symptômes cardiaques du TSPT, l'amélioration dans le groupe expérimental touche principalement les symptômes positifs et s'est maintenue lors du suivi. Toutefois, l'ajustement social ne s'est pas amélioré de façon significative.

Dans une troisième étude menée auprès de vétérans du Vietnam, Boudewyns et Hyer (1990) ne rapportent que des résultats négatifs sur diverses mesures physiologiques entre un groupe recevant un traitement multimodal intensif incluant des séances d'immersion et un autre groupe où counseling individuel remplaçait l'immersion. Lors du suivi, les patients du groupe immersion ont toutefois rapporté un meilleur ajustement social (voir aussi Boudewyns, Hyer, Woods, Harrison, & McCranie, 1990) selon l'échelle d'ajustement dans la communauté VETs, un instrument peu connu. Par ailleurs, une autre étude menée sur le même site (Hyer, Woods, Bruno, & Boudewyns, 1989), ne rapporte que des changements négatifs sur les mesures auto-administrées à caractère psychologique. Les au-

Tableau 1

Études d'efficacité contrôlées pour le traitement du trouble de stress post-traumatique.

AUTEURS	PATIENTS	DIAGNOSTIC/TEMPS DE SUISVI	TRAITEMENT/SUIVI	RÉSULTATS & REMARQUES
Cooper & Clum (1989)	26 Vétérans du Vietnam: 7 Traitement standard (TS) 7 Implosion/immersion + TS (I+TS) 4 Refus 6 Abandons	TSPT chron. DSM-III diag. second & 2 tr. Ques cas de dépr. en diag. second & 2 tr.	>9 ans	TSPT chron. DSM-III 60 min./sem counseling ind. + 120 min./sem. 8/14 sujets médicamenteux. Ne mesure pas certains symptômes cardiaques du TSPT.
Keane et al. (1989)	24 Vétérans du Vietnam: 2 Exclues des analyses statistiques 11 Implosion (I) 13 Liste d'attente (LA)	TSPT chronique DSM-III + diag. sec. non spécifiés.	>9 ans	I: 14-16 séances 90 min./3 mois I: 6-14 séances 90 min. counseling de gpe. 16/24 sujets médicamenteux ou traités antérieurement
Brom et al. (1989)	112 Adultes (79% femmes) victimes d'un deuil tragique (74%), ou d'un accident de la route, ou d'un crime: 27 Désensibilisation syst. (D) 25 Hypnothérapie behav. (H) 23 Psychodynamique (P) 22 Liste d'attente (LA) 12 Abandons (égalements répartis)	TSPT Diagnostic clinique />1 an	N. moyen de séances: 4 mois à 5 ans	D: 15 H: 14 P: 18,8 Sujets peu perturbés.
Shapiro (1989)	22 Adultes (77% femmes) victimes de violence, ou des vét. du Vietnam: 11 Désensibilisation par le mouvement des yeux (DMY) 11 Liste d'attente (LA)	TSPT Diagnostic clinique />1 an	Les deux groupes: 1 séance 50 min. /1 & 3 mois	DMY > LA Sujets peu perturbés. Ne mesure pas les symptômes cardiaques du TSPT.
Resick et al. (1989)	50 Femmes victimes de viol: 11 Inoculation au stress (IS) 11 Entraînement à l'affirmation (EA) 10 Thérapie de soutien (TS) 13 Liste d'attente (LA) 6 Abandons (égalements répartis)	Pas de diagnostic officiel. /3 mois à 34 ans	Tous les traitements: 6 séances 120 min. + devoirs	IS = EA = TS 7 LA Pas de comparaison directe avec le groupe LA. Amélioration non maintenue lors des suivis.
Marmar et al. (1988)	61 Femmes endeuillées: 20 Psychodynamique (P) 8 Groupe d'entraide (GE) 11 Abandons en P 22 Abandons en CE	Diagnostic DSM-III. Tr. ajust. 48% TSPT 28% TSPT + dépr. 8% Dépression 16% /3 mois à 3 ans	N. moyen de séances: 4 & 12 mois	P: 10,9 GE: 8,3 Amélioration significative lors de l'ajustement social. Ne mesure pas les symptômes cardiaques du TSPT.
Boudewyns & Hyer (1990)	51 Vétérans du Vietnam: pré-post/suivi 19/14 Immer./impl. (I) + Milieu th. 13/23 Abandons	TSPT chronique DSM-III et III-R + Diagnostic axe II />10 ans	Tous les traitements: 9 séances 90 min. /3,5 mois	IS, I > C > LA I meilleur au suivi. C est aussi efficace sur plusieurs mesures. Traitement de groupe.
Foa et al. (1991)	66 Femmes victimes de viol: pré-post/suivi 14/9 Inoculation au stress (IS) 10/9 Implosion (I) 11/9 Counseling (C) 10/10 Liste d'attente (LA) 11/11 Refus 10/18 Abandons	TSPT chronique DSM-III-R /3 mois à 12 ans	Tous les traitements: 9 séances 90 min. /3,5 mois	D = H = P > LA Sujets peu perturbés.
Shapiro (1989)	22 Adultes (77% femmes) victimes de violence, ou des vét. du Vietnam: 11 Désensibilisation par le mouvement des yeux (DMY) 11 Liste d'attente (LA)	TSPT Diagnostic clinique />1 an	Les deux groupes: 1 séance 50 min. /1 & 3 mois	DMY > LA Sujets peu perturbés. Ne mesure pas les symptômes cardiaques du TSPT.
Resick et al. (1989)	50 Femmes victimes de viol: 11 Inoculation au stress (IS) 11 Entraînement à l'affirmation (EA) 10 Thérapie de soutien (TS) 13 Liste d'attente (LA) 6 Abandons (égalements répartis)	Pas de diagnostic officiel. /3 mois à 34 ans	Tous les traitements: 6 séances 120 min. + devoirs	IS = EA = TS 7 LA Pas de comparaison directe avec le groupe LA. Amélioration non maintenue lors des suivis.
Marmar et al. (1988)	61 Femmes endeuillées: 20 Psychodynamique (P) 8 Groupe d'entraide (GE) 11 Abandons en P 22 Abandons en CE	Diagnostic DSM-III. Tr. ajust. 48% TSPT 28% TSPT + dépr. 8% Dépression 16% /3 mois à 3 ans	N. moyen de séances: 4 & 12 mois	P: 10,9 GE: 8,3 Amélioration significative lors de l'ajustement social. Ne mesure pas les symptômes cardiaques du TSPT.

teurs attribuent ces résultats au fait que plusieurs patients étaient engagés dans un processus d'indemnisation.

Du côté des populations civiles, Foa et al. (1991) ont comparé l'efficacité de l'implosion, d'un traitement cognitif-comportemental et du counseling dans le traitement en groupe de femmes victimes de viol. Une liste d'attente constituait le groupe témoin. Les trois traitements ont amené une amélioration symptomatique sur toutes les mesures d'anxiété, de dépression, de détresse liée au viol et de stress post-traumatique au post-test et lors du suivi. Au suivi, on note une légère supériorité de l'implosion sur les autres conditions dans la diminution des symptômes post-traumatiques pris globalement, mais pas pour la symptomatologie associée.

Dans l'étude de Brom et al. (1989), la désensibilisation systématique, l'hypnose employée dans un contexte comportemental, de même que la thérapie psychodynamique brève, se sont avérées plus efficaces que la liste d'attente dans la réduction des symptômes cardinaux du TSPT, ainsi que dans l'amélioration de l'ajustement social et de l'estime de soi. Cette amélioration significative s'est maintenue lors du suivi dans ce groupe de civils, principalement des femmes enceintes dans des circonstances tragiques. On n'a pu mettre en lumière de différences significatives entre les divers traitements.

Shapiro (1989) a comparé l'efficacité de la désensibilisation par le mouvement des yeux (DMY) à une liste d'attente chez des patients évalués et référés par un clinicien pour un TSPT. Cet intrigant traitement a permis en une seule séance de débarrasser les patients de toute détresse subjective associée au pire souvenir de l'événement traumatique, contrairement aux patients placés sur la liste d'attente. Le principal symptôme post-traumatique amenant les patients à consulter s'est amélioré partiellement ou totalement dans tous les cas. Cette amélioration spectaculaire a même continué lors du suivi. Toutefois, les instruments de mesure de cette étude ne mesurent pas les symptômes cardinaux du TSPT, pas plus que les symptômes associés à celui-ci, ce qui limite grandement les conclusions de l'étude.

Dans un effort pour reproduire les résultats de Shapiro (1989), une étude récente (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, & Sperr, 1993) mais n'incluant pas de suivi, a réussi à abaisser significativement la détresse subjective associée au pire souvenir de l'événement traumatique avec la DMY. Cependant, aucun changement significatif n'a été enregistré sur les mesures physiologiques et psychologiques chez ces vétérans du Vietnam, ce qui est aussi le cas dans l'étude de Cooper et Clum (1989) examinée précédemment. Pourquoi les SUDs ont-ils baissé mais pas les autres mesures? Est-ce en raison des compensations financières que touchent ces vétérans? Ou est-ce que deux séances ne suffisent pas à traiter des individus aussi perturbés? Ou encore, est-ce que les unités SUDs sont vulnérables aux caractéristiques de la demande? Malgré la popularité grandissante de ce traitement, ces questions demandent une réponse avant de conclure à l'efficacité véritable de celui-ci.

Discussion

Les traitements comportementaux sont ceux ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches. Si, parmi ceux-ci, l'immersion a été le plus testé à ce jour, ce traitement ne s'est pas vraiment démarqué des autres. Dans l'ensemble, les traitements comportementaux semblent avoir un meilleur impact sur les symptômes intrusifs (troubles du sommeil, cauchemars, flash-back, hyperactivité neurovégétative) que sur les symptômes d'évitement/déni (affect restreint, anhédonie, amnésies, sentiment de désespoir ou d'aliénation). En ce qui concerne les symptômes associés au TSPT, Solomon et al. (1992) mentionnent que les sentiments de honte, de culpabilité, de colère et de tristesse que rapportent de nombreux patients souffrant d'un TSPT ne s'éteignent probablement pas sur le même mode que les phobies ou l'anxiété, ce qui expliquerait l'effet mitigé des thérapies comportementales à traiter les symptômes d'évitement/déni.

Approche cognitive-comportementale

Traitement

Le traitement cognitif-comportemental consiste à aider le patient à développer un nouveau système conceptuel, plus apte à assimiler les nouvelles données associées au traumatisme et qui s'avèrent incompatibles avec l'ancien système. Cette tâche s'accomplit de deux façons: sur un mode cognitif (redéfinir l'événement traumatique, donner un sens à son expérience) et par l'action directe (changement de certaines conduites visant à accroître le sentiment de contrôle personnel et de sécurité, recherche de soutien social, etc.). À ce titre, l'innoculation au stress propose une forme d'apprentissage permettant au patient de gérer sa peur dans les situations critiques grâce à l'enseignement de techniques de relaxation et de stratégies cognitives de maîtrise (Resick, Jordan, Girelli, Hutter, & Marhofer-Dvorak, 1988). Ce traitement comprend trois phases: éducation, acquisition et application de certaines habiletés par l'exposition aux situations redoutées. L'entraînement à l'affirmation de soi vise l'acquisition de réponses incompatibles avec les réactions de peur, afin de contrer celles-ci (Resick et al., 1988). Dans les études recensées, ces applications de la théorie cognitive-comportementale sont employées dans un format de groupe. Il est à noter qu'à l'intérieur de ces approches le thérapeute demande également à l'individu d'affronter les situations redoutées, donc de s'exposer à celles-ci, tant sur un plan cognitif que comportemental.

Études d'efficacité

Seulement deux études (Foa et al., 1991; Resick et al., 1988) ont testé l'efficacité de l'approche cognitive-comportementale. Dans la première étude, Resick et al. (1988) ont comparé deux traitements cognitifs-comportementaux de groupe et une

thérapie de soutien de groupe avec un quatrième groupe en liste d'attente. Les patientes n'ont pas reçu de diagnostic formel de TSPT, mais toutes souffraient d'une détresse psychologique prononcée suite à un viol, un événement considéré comme traumatique (APA, 1987; Foa et al., 1991). Dans cette étude, les trois traitements ont amené une réduction significative des indices globaux de psychopathologie, des indices d'anxiété, de dépression, de peurs associées au viol, de même que des symptômes d'intrusion et des symptômes d'évitement/déni. Lors du suivi, cette amélioration ne s'est cependant pas maintenue en ce qui concerne les index de dépression, d'estime de soi et les peurs sociales. De plus, on ne peut conclure avec certitude que le traitement est plus efficace que l'absence de traitement car aucune comparaison directe avec le groupe témoin n'a été effectuée. Une analyse de puissance effectuée par les auteurs nous indique qu'ils n'avaient qu'entre 10% et 15% de chances de rejeter l'hypothèse nulle advenant que celle-ci soit fautive. Cela est bien loin des 80% généralement employés et explique probablement leur réticence à effectuer certaines comparaisons.

Par ailleurs, l'étude de Foa et al. (1991), que nous avons déjà mentionné dans la section comportementale, comprenait aussi un traitement cognitif-comportemental dans la relation au stress. La supériorité relative de ce traitement vis-à-vis des traitements comportementaux n'est apparue qu'au post-test. Au suivi, tous les traitements étaient également efficaces avec une tendance favorisant légèrement l'immersion. L'amélioration notée avec l'inoculation au stress portait principalement sur les symptômes d'évitement et, dans une moindre mesure, sur les symptômes de reviviscence du TSPT. Aucune amélioration significative ne fut trouvée en ce qui a trait à l'hyperactivité neurovégétative. Notons que les trois groupes ont aussi montré une amélioration sur les mesures de dépression, d'anxiété et les peurs liées au viol, le tout se maintenant lors du suivi.

Discussion

En plus de réduire plusieurs des symptômes cardinaux du TSPT, les deux études ayant mis à l'épreuve l'approche cognitive-comportementale ont montré que ce traitement permet de faire baisser les symptômes d'anxiété de façon durable chez les patients, ce qui n'est pas toujours le cas avec le traitement comportemental. Cependant, cette approche ne s'est pas montrée véritablement supérieure aux interventions qu'elle prétend supplanter, comme l'immersion, ou même un traitement plus classique comme le counseling. Il est en outre difficile de déterminer la contribution du format (individuel vs en groupe) de celle de l'orientation théorique (comportementale vs cognitive-comportementale). Finalement, l'approche cognitive-comportementale gagnerait à être appliquée à d'autres populations que les femmes victimes de viol avant de se prononcer sur son efficacité générique dans le traitement du TSPT.

Approche psychodynamique brève

Traitement

L'approche psychodynamique brève a été adaptée pour le traitement du TSPT par Horowitz (1973, 1986). Le but de cette intervention est de réactiver le processus bloqué d'adaptation post-traumatique. Pour ce faire, le patient est amené à dégager certains thèmes avec le thérapeute qui interprète les défenses, nomme certains contenus inconscients et lie les réactions transférentielles au traumatisme, de même qu'aux difficultés interpersonnelles prédatant ce dernier. À terme, cela doit permettre au patient de réenclencher le processus de perlaboration des conflits centraux soulevés par le traumatisme.

Études d'efficacité

Deux études contrôlées (Brom et al., 1989; Marmar, Horowitz, Weiss, Wilner, & Kalreider, 1988) ont testé l'efficacité de la thérapie psychodynamique brève. Brom et al. (1989) ont trouvé que cette thérapie est plus efficace que l'absence de traitement dans la réduction des symptômes cardinaux du TSPT, des difficultés d'ajustement social et dans l'amélioration de l'estime de soi. Cette amélioration significative s'est maintenue lors du suivi. Rappelons que dans cette étude, aucune différence significative n'a pu être mise en lumière entre l'efficacité de l'approche psychodynamique brève d'une part et, d'autre part, l'hypnothérapie d'orientation comportementale et la désensibilisation systématique.

La thérapie brève d'orientation psychodynamique fut employée dans une seconde étude (Marmar et al., 1988) avec un groupe de personnes ayant perdu un être cher, dont certains (36%) dans des circonstances traumatiques. La thérapie psychodynamique brève a amené une réduction significative de la symptomatologie seulement au moment du suivi (4 et 12 mois) sur les mesures auto-administrées (dépression, anxiété, symptômes d'intrusion, symptômes d'évitement/déni, ajustement social). On n'a toutefois pu mettre en lumière de différences significatives entre l'amélioration observée dans le groupe d'entraide dirigé par des non-professionnels et le groupe expérimental. À cet effet, soulignons le faible niveau de pathologie des patients, de même qu'un taux d'abandon exceptionnellement élevé qui sont tous des facteurs rendant plus difficile la détection de différences significatives et l'interprétation de cette étude.

Discussion

Les deux études ayant testé l'efficacité de la thérapie psychodynamique brève (Brom et al., 1989; Marmar et al., 1988) démontrent une amélioration symptomatique dans toute les sphères importantes de fonctionnement lors du suivi. Cependant, les traumatismes étaient relativement bénins et récents comparés à ceux des vétérans du Vietnam traités par Keane et al. (1989) et par Cooper et Clum (1989). Dans l'étude de Marmar et al. (1988) où il s'agit essentiellement

d'entrevues récentes, le temps qui passe aurait pu jouer un rôle déterminant dans l'amélioration observée.

En ce qui concerne l'important taux d'abandon de l'étude de Marmar et al. (1988) (35% en psychothérapie et 73% dans le groupe d'entraide), les auteurs avancent qu'il est lié à la nature phasique du trouble, c'est à dire que les patients oscillent, chacun à leur rythme, entre des phases d'intrusion et des phases d'évitement/déni. Le traitement individuel peut s'adapter à ces variations individuelles, ce que ne permet pas l'approche de groupe. Cette explication est intéressante, mais elle ne semble pas avoir affecté les groupes des deux études cognitives-béaviorales.

Conclusions sur l'efficacité relative des traitements

Toutes les études passées en revue peuvent prétendre à une efficacité au moins partielle dans le traitement pour le TSPT lorsque celles-ci contrastent leurs résultats à des listes de patients en attente de traitements. On ne note que peu de différences en faveur de ces mêmes traitements lorsqu'ils sont comparés à des interventions non-spécifiques (groupe d'entraide, thérapie de soutien, counseling). Ces différences sont encore plus ténues lorsque les traitements pour le TSPT sont comparés entre eux. Pourquoi en arrive-t-on à ce constat, et cela est-il décevant?

En premier lieu, la puissance statistique de la plupart de ces études pose un problème. Trop peu de sujets sont répartis dans un trop grand nombre de conditions, ce qui laisse croire que l'on a pas effectué au préalable certains tests de puissance statistique. Cette habitude augmente inutilement les risques d'erreur de type I (affirmer qu'il n'y a pas de différence entre deux traitements alors qu'en vérité il y en a) et s'avère contre-productive dans un champ de recherche qui en est encore à ses débuts. Ce problème de puissance statistique pourrait toutefois être élégamment corrigé par le biais d'une méta-analyse de ces études. Une telle analyse permettrait sans doute de mettre en lumière l'efficacité différentielle des divers traitements, si tel est le cas.

Mais, il est possible que les facteurs empêchant la mise à jour de différences significatives entre les divers traitements soient de nature plus intrinsèque, par exemple, la présence d'ingrédients thérapeutiques communs. À ce propos, Schwarz et Prout (1991) dénombrent les similitudes suivantes. Les interventions pour le TSPT, quelles qu'elles soient, offrent toutes (a) un important soutien aux patients via la relation thérapeutique et l'éducation. (b) Elles visent toutes à normaliser les réactions des patients suite au traumatisme. (c) Elles cherchent à diminuer les comportements d'évitement associés à divers aspects du traumatisme en exposant le patient, que ce soit sur un mode verbal ou comportemental. (d) Enfin, toutes s'emploient à modifier le sens attribué à l'événement traumatique et (e) à faciliter l'intégration parmi les autres expériences de vie ayant façonné la personne. Il est en effet courant que dans le traitement d'un trouble, diverses approches se recoupent d'une façon plus ou moins prononcée. Devant cet état de fait, il serait enrichissant de voir émerger des études sur les processus thérapeuti-

ques impliqués dans le traitement du TSPT («process research»), plutôt que continuer à produire des études strictement axées sur les résultats thérapeutiques de telle ou telle approche («outcome research»), une avenue qui effectivement risquerait d'être décevante.

TSPT: quel traitement choisir?

En ce qui concerne les divers traitements passés en revue, l'absence de différences marquées ne rend pas facile la sélection d'un traitement. Mais, à défaut de désigner un traitement de choix, on pourrait émettre la réserve suivante: si l'immersion est le traitement ayant été le plus testé, il s'agit aussi probablement du plus détesté (Resick et al., 1988). Comme l'illustre le commentaire suivant: «There was a lot of flooding, but there wasn't much mopping up» (Pitman et al., 1991, p. 19), ce traitement peut acquérir une signification traumatique pour le patient, voire même, dans certains cas, échouer (Blake et al., 1991, Kolb, 1984; Mueser & Butler, 1987; Pitman et al., 1991). Pitman et al. (1991) rapportent qu'en raison d'un certain acharnement thérapeutique préconisé dans l'immersion, de nouveaux troubles psychiatriques sont apparus chez certains patients (panique, dépression, alcoolisme, etc.). En outre, une grande proportion d'individus souffrant d'un TSPT portent un second diagnostic (Davidson, Swartz, Strorck, Krishnan, & Hammet, 1985) pour lequel l'approche béaviorale ne représente pas le traitement de choix. Quoique des lignes directrices aient été proposées dans la sélection des patients susceptibles de bénéficier de l'immersion (Litz, Blake, Gerardi, & Keane, 1990), on peut douter, devant l'absence de supériorité de cette approche, qu'une exposition aux stimuli anxiogènes à une intensité maximale constitue un ingrédient essentiel dans l'efficacité du traitement du TSPT. Ces arguments militent en faveur d'une procédure d'exposition graduée qui aurait l'avantage d'être moins aversive pour le patient et éliminerait les problèmes éthiques soulevés par l'immersion.

En ce qui concerne la thérapie cognitive-béaviorale, celle-ci peut sembler supérieure à la thérapie béaviorale sur le plan conceptuel, car moins aversive et plus globale dans son approche. Mais d'un point de vue empirique une telle chose reste encore à démontrer. En vérité, une seule étude a comparé ces deux traitements, ce qui est insuffisant. Par ailleurs, le format de groupe employé dans le traitement cognitif-béavioral et sa contribution dans le traitement efficace du TSPT constitue une avenue de recherche intéressante qui gagnerait à être explorée, mais de façon plus systématique. En effet, le traitement en groupe est économique et constitue un agent précieux de soutien social, lequel fait particulièrement défaut chez certains patients ayant un TSPT chronique, par exemple chez les vétérans (Galloucis & Kaufman, 1988).

Pour ce qui est de l'approche psychodynamique brève, quoiqu'elle ait été peu étudiée à ce jour, elle a bien soutenu la comparaison avec les autres approches dans l'étude de Brom et al. (1988). Mais il reste à savoir si l'on doit réserver cette approche aux patients moins sévèrement atteints ou si elle est applicable aux patients plus perturbés. Il appert aussi que l'amélioration par le traitement psycho-

dynamique bref semble atteindre sa pleine efficacité seulement au delà du post-test, tandis que dans le cas des techniques cognitives et comportementales, on assiste parfois à un léger fléchissement après ce stade.

Enfin, cette revue a mis en relief les difficultés liées à l'emploi de vétérans recevant des indemnités afin de monter l'efficacité d'un traitement. Mais d'autres raisons militent aussi en faveur de l'emploi de populations civiles. Breslau, Davis, Andreski et Peterson (1991) ont trouvé une prévalence à vie du TSPT dans un échantillon de jeunes adultes vivant en milieu urbain de 9,2%. Ce taux en ferait un des troubles les plus prévalents aux États-Unis, n'étant surpassé que par les phobies, la dépression majeure, et les toxicomanies (Breslau et al., 1991).

Considérations additionnelles

Dualité des symptômes du TSPT et sélection d'un traitement

Un des concepts théoriques qui s'impose avec le plus de force concerne la nature bipolaire du TSPT, ce que le traitement devrait idéalement refléter. Dès le début du siècle, tant Freud (1920/1959) que Pavlov (1927) proposent un modèle explicatif de la névrose traumatique qui reflète leur conceptualisation respective des troubles mentaux. Plus tard, Kardiner (1941) insiste sur les aspects tant somatiques que psychiques de la névrose traumatique qu'il nomme «physionévrose». Kolb (1984), en se basant sur les travaux de Kardiner (1941), distingue les symptômes constants (sursauts, pensées intrusives, cauchemars, irritabilité, réduction dans le fonctionnement du moi) résultant d'un conditionnement, des symptômes secondaires (dépression, sentiment d'aliénation, culpabilité et autres symptômes névrotiques). Dans la même veine, Keane (1989) conceptualise les symptômes de ce trouble en symptômes positifs et négatifs, tandis qu'Horowitz (1973) parle de symptômes phasiques d'intrusion et d'évitement/déni.

Nous avons vu précédemment que la thérapie psychodynamique brève semble avoir un léger avantage dans le traitement des symptômes d'évitement/déni alors que la thérapie comportementale améliorerait davantage les symptômes intrusifs. Par ailleurs, certains patients, en raison du type d'événement auquel ils ont été exposés (Figley, 1988; Ochberg, 1988), ou en raison de leur personnalité (Horowitz, 1986), manifestent une symptomatologie qui se situe vers un pôle plutôt que l'autre. On peut, dès lors, envisager une forme d'appariement entre une certaine symptomatologie et une certaine forme de thérapie. Notons toutefois que plusieurs patients manifestent en alternance, et de façon à peu près égale, des symptômes appartenant aux deux pôles.

Le phénomène des rechutes

Le phénomène des rechutes constitue un facteur important qui commence seulement à être étudié et qui pourrait sérieusement refroidir l'enthousiasme ac-

tual vis-à-vis du traitement bref du TSPT. Perconte, Griger et Bellucci (1989) précisent que les études actuelles d'efficacité du traitement qui ne font pas de suivi à moyen et à long terme surestiment le taux d'efficacité des interventions psychothérapeutiques. Ces chercheurs s'appuient sur une étude qu'ils ont effectuée auprès de 74 vétérans du Vietnam, dont 64% s'étaient améliorés significativement. L'étude comportait un suivi de 2 ans. Le traitement multimodal de 4 semaines prodigué dans un hôpital de jour comprenait des activités telles que la psychothérapie d'"insight" en groupe, la désensibilisation systématique en groupe, du counseling individuel, familial et vocationnel, du counseling sur les substances psycho-actives, des apprentissages dans la résolution de problèmes, dans la gestion du stress, dans les habiletés sociales, ainsi que des activités créatives. De ce groupe, 55% des patients améliorés significativement ont été réhospitalisés en psychiatrie dans les deux années suivantes, tandis que 93% des cas non-améliorés ont aussi été réhospitalisés. En tout, 69% des patients furent donc réhospitalisés, ce qui constitue un renversement complet du taux initial de succès (64%). Les résultats de Perconte et al. (1989) invitent à la prudence et soulignent la nécessité de prévoir un suivi à long terme dans les études à venir.

Si, dans l'ensemble, les traitements examinés ici — tous des traitements brefs — semblent relativement efficaces, cela ne doit pas nous faire oublier que nos outils d'intervention sont encore très limités en ce qui concerne les cas plus sévères. À ce jour, aucune étude d'efficacité n'a porté, par exemple, sur les réfugiés, les victimes de torture, ou encore les victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Dans ce contexte, la prudence s'impose dans la prescription de traitements brefs et incisifs car pour certaines victimes les dommages apparaissent irréversibles. Ce sont des cas où le traitement risque de n'aboutir qu'à une douloureuse reviviscence plutôt qu'à une libération de l'expérience traumatique.

Références

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3ième édition). Washington D.C.: auteur.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3ième édition révisée). Washington D.C.: auteur.
- Black, J.L., & Keane, T.M. (1982). Implosive therapy in the treatment of combat related fears in a world war II veteran. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 163-165.
- Blake, D.D., Gerardi, R.J., Unger, W., Lyons, J.A., Litz, B.T., McCarthy, S., & Keane, T.M. (1991). Success and failure using implosive therapy with combat-related PTSD. Présenté à la rencontre annuelle de l'International Society for Traumatic Stress Studies, (octobre, 1991), Washington D.C.
- Boudewyns, P.A., & Hyer, L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
- Boudewyns, P.A., Hyer, L., Woods, M.G., Harrison, W.R., & McCranie, E. (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 359-368.

- Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, L.A., Albrecht, J.W., & Sperr, E.V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *Behavior Therapist, 16*, 29-33.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Brodsky, L., Doerman, A.L., Palmer, L.S., Slade, G.F., & Munasifi, F.A. (1990). Post-traumatic stress disorder: An eclectic approach. *International Journal of Psychosomatics, 37*, 89-95.
- Brom, D., Kleber, R.J., & Defares, P.B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607-612.
- Brooks, J.S., & Scarano, T. (1985). Transcendental meditation in the treatment of post-Vietnam adjustment. *Journal of Counseling and Development, 64*, 212-215.
- Cooper, N.A., & Clum, G.A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy, 20*, 381-391.
- Cryer, L.C., & Beutler, L. (1980). Group therapy: An alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital Therapy, 6*, 40-45.
- Davidson, J., Swartz, M., Storck, M., Krishnan, R.R., & Hammet, E. (1985). A diagnostic and family study of post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 142*, 90-93.
- Dye, E., & Roth, S. (1991). Psychotherapy with Vietnam veterans and rape and incest survivors. *Psychotherapy, 28*, 103-120.
- Figley, C.R. (1988). Post-traumatic family therapy. In F. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.
- Foa, E.B., & Olasov Rothbaum, B. (1989). Behavioural psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 1*, 219-226.
- Foa, E.B., Olasov Rothbaum, B., Riggs, D.S., & Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedure and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 715-723.
- Forman, B.D. (1980). Cognitive modification of obsessive thinking in a rape victim: A preliminary report. *Psychological Reports, 47*, 819-822.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B.D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy, 19*, 403-420.
- Freud, S. (1959). Beyond the Pleasure Principle. In J. Strachey (Ed. et trad.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 18). London: Hogarth Press. (travaux originellement publiés en 1920).
- Galloucis, M., & Kaufman, M. (1988). Group therapy with Vietnam veterans: A brief review. *Group Therapy, 12*, 85-102.
- Haley, S. A. (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry, 30*, 191-196.
- Hickling, E.J., Sison, G.F.P., & Vanderploeg, R.D. (1986). Treatment of posttraumatic stress disorder with relaxation and biofeedback training. *Biofeedback and Self-Regulation, 11*, 125-134.
- Holmes, M.R., & St-Lawrence J.S. (1983). Treatment of rape induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review, 3*, 417-433.
- Horowitz, M.J. (1973). Phase oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy, 27*, 506-515.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*, (2ième éd.). New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez W. (1979). The Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.

- Hyer, L., Woods, M.C., Bruno, R., & Boudewyns, P. A. (1989). Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MCMI. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 547-552.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neurosis of war*. New York: Basic Books.
- Keane, T.M. (1989). Post-traumatic stress disorder: Current status and future directions. *Behavior Therapy, 20*, 149-153.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20*, 245-260.
- Keane, T.M., & Kaloupek, D.G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 138-140.
- Kipper, D.A. (1977). Behavior therapy for fears brought on by war experiences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 216-222.
- Kolb, L.C. (1984). The posttraumatic stress disorders of combat: A subgroup with a conditioned emotional response. *Military Medicine, 149*, 237-243.
- Lindy, J.D., Green, B.L., Grace, M., & Titchener, J. (1983). Psychotherapy with survivors of the Beverley Hills Supper Club fire. *American Journal of Psychotherapy, 37*, 593-610.
- Litz, B.T., Blake, D.D., Gerardi, R.G., & Keane, T.M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist, 13*, 91-93.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., Wilner, N.R., & Kalreider, N.B. (1988). A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry, 145*, 203-209.
- McFarlane, A.C. (1989). The treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 81-90.
- Mueser, K.T., & Butler, R.W. (1987). Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144*, 299-302.
- Muse, M. (1984). Narcosynthesis in the treatment of posttraumatic chronic pain: A case study. *Rehabilitation Psychology, 29*, 113-118.
- Ochberg, F. (1988). Post-traumatic therapy and victims of violence. In F. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.
- Pavlov, I.P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Édité et traduit par G.V. Anrep. Dover: NY, 1927.
- Perconte, S.T., Griger, M.L., & Bellucci, G. (1989). Relapse and rehospitalization of veterans two years after treatment for PTSD. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 1072-1073.
- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poiré, R.E., & Steketee, G.S. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 52*, 17-20.
- Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.T., & Marnhofer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy, 19*, 385-401.
- Schwartz, R.A., & Prout, M.F. (1991). Integrative approaches in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy, 28*, 364-373.
- Scott, W.J. (1990). PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems, 37*, 294-310.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 199-223.
- Solomon, S.D., Gerrity, E.T., & Muff, A.M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *Journal of the American Medical Association, 268*, 633-638.

- Stampfl, T.G., & Lewis, D.J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 157-163.
- Veronen, L.J., & Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management of rape victims. In D. Meichenbaum & M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp.341-374). New York: Plenum.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Archives of Neurological Psychiatry, 72*, 205-226.

Abstract

A review of the outcome studies suggest that behavioral, cognitive-behavioral and brief psychodynamic treatments have all shown some effectiveness in treating post-traumatic stress disorder without any treatment modality being clearly superior to the others. A typically low statistical power and treatment strategies common to all reviewed forms of treatment probably account for this finding. It is suggested that future research pay an increased attention to the relapse phenomenon and to the treatment of civilian populations exposed to a traumatic event.