

Stress post-traumatique : comment identifier et surmonter les cas difficiles ?

ANNE FORNOVILLE-DUBOIS ¹

Résumé

Le trouble de stress post-traumatique est un des troubles les plus complexes à traiter. Il est souvent plus long à traiter que d'autres troubles du registre anxieux. Il exige au minimum 20 séances.

La présence de comorbidités et de fortes résistances est élevée (souvent en lien avec des aspects médico-légaux). Il confronte souvent le thérapeute de façon plus personnelle.

À partir de leur pratique thérapeutique, tant individuelle que de groupe, NOËL SCHEPERS et CYNTHIA ACCA constatent un « décalage » entre la littérature scientifique ou les « manuels » de thérapie qui déterminent un nombre fixe de séances valables pour tous... et le travail de terrain qui est plus varié et plus complexe.

1

Mots-clés

Syndrome post-traumatique

¹ ANNE FORNOVILLE-DUBOIS est psychologue clinicienne et rédactrice en chef de Psychologos.

Samenvatting

De posttraumatische stress stoornis is een van de meest complexe stoornissen om te behandelen. Het duurt vaak langer dan andere angststoornissen. Behandeling vereist een minimum van 20 sessies.

De aanwezigheid van comorbiditeit en sterke weerstand is hoog (vaak in verband met forensische aspecten). De therapeut wordt vaak op een persoonlijke manier geconfronteerd.

Vanuit hun therapeutische praktijk, stellen NOËL SCHEPERS en CYNTHIA ACCA het verschil vast tussen de wetenschappelijke literatuur of de therapiehandboeken die een bepaald aantal sessies voor iedereen voorschrijven en het werkveld dat meer gevarieerd en complexer is.

Sleutelwoorden

Posttraumatische stress-stoornissen - PTSS

2

Abstract

The Post Traumatic Stress Disorder is one of the most complex disorders to treat. It is often longer to treat than other anxiety disorders, requiring a minimum of 20 sessions. The presence of comorbidities and strong resistance is high (often in connection with forensic aspects). It frequently confronts the therapist on a more personal level.

Referring to their therapeutic practice, NOËL SCHEPERS and CYNTHIA ACCA observe a gap between scientific literature or therapy handbooks that determine a fixed number of sessions for everyone and the field work which is more varied and complex.

Keywords

Posttraumatic stress disorder - PTSD

3

Le 28 mai 2016, l'AEMTC tenait sa 12^e université d'été à l'hôpital Vincent Van Gogh à Mont-sur-Marchienne sur les situations complexes en psychothérapie : deuil, stress post-traumatique, adolescence.

NOËL SCHEPERS et CYNTHIA ACCA, psychologues cliniciens, thérapeutes cognitivo-comportementalistes à l'hôpital Vincent Van Gogh, unité de thérapie et de médecine comportementales (UTMC), y ont partagé leur expérience, au travers de vignettes cliniques et de témoignages, et entamé avec les participants une réflexion commune autour de leurs questionnements et dégagé des stratégies opérationnelles au sujet du stress post-traumatique.

Car entre les protocoles structurés prometteurs des manuels et la réalité du terrain, il y a souvent un écart. Ces protocoles ne prennent le plus souvent pas en compte toute la complexité des situations : complications médico-légales, victimisation secondaire, personnalité, comorbidité ... qui sont autant d'éléments qui compliquent les prises en charges et peuvent péjorer le pronostic. Leur exposé avait pour but de faire le point sur le Trouble de stress post-traumatique, l'inventaire des cas de TSPT difficiles, d'aborder certaines situations vécues comme des « impasses » en thérapie et de fournir une « feuille de route » aux praticiens.

Le point sur le trouble de stress post-traumatique

Le TSPT est un trouble anxieux majeur car il est commun et chronique ; il altère la santé mentale et physique ; il représente un poids économique important pour la société.

Ce trouble est sous-diagnostiqué en médecine générale et en psychiatrie.

L'aspect médico-légal et les demandes d'indemnisation entretiennent le scepticisme vis-à-vis de ce syndrome.

Le TSPT est différent des autres troubles car il démarre par une exposition à une situation traumatique extérieure au sujet.

Le comportement des patients est dominé et organisé par le vécu de cette expérience mais d'autres secteurs restent parfois préservés, ce qui renforce le scepticisme.

5

Classification des troubles liés à un événement stressant

Simple et
Limité



Trouble de
Stress aigu
TSA

Trouble de
Stress post-
Traumatique
TSPT

Trouble de
Stress post-traumatique
Complexe
TSPT complexe

Schepers et Acca (2016)

(ill. Schepers et Acca)

Différences entre événement stressant et événement traumatique

Évènement stressant

- Généralement possibilité de s'y préparer (mariage, naissance, divorce,..)
- Plus on en vit, plus le stress associé diminue (habituation, expérience de solutions)
- Ne provoquent pas autant d'anxiété, peuvent être contrôlés
- Vécus par beaucoup de gens et constituent un sujet de discussion entre les gens
- Expériences négatives moins perturbantes
- Peu de menaces de danger aux proches. L'impact se dissipe plus rapidement

Évènement traumatique

- Généralement impossible de s'y préparer (vol, accident)
- N'ont généralement jamais été vécus
- Pas de contrôle sur ce qui provoque les symptômes, ou la possibilité de les arrêter ou les retarder
- Laissent une empreinte pour la vie, même si les symptômes disparaissent.
- Impact émotif aigu (insomnie, dépression) et chronique (retrait social)
- Rétablissement lent (semaines, mois,...

(ill. Schepers et Acca) - Source : St Guay

Comment réagit-on à la suite d'un événement traumatique?

Pascale Brillon, psychologue québécoise spécialiste du PTSD, décrit trois grandes phases qui surviennent généralement après un traumatisme :

- La **phase de crise** a lieu pendant et juste après l'évènement. C'est un état de choc, de confusion au cours duquel la personne se sent désorientée, a du mal à penser, parfois à parler. La **peur** est extrêmement présente : peur de mourir, d'être attaqué... tout comme l'**incrédulité** (difficulté à réaliser ce qui arrive) et les **symptômes dissociatifs**.
- La **phase post-traumatique** : c'est une **phase d'assimilation**. Tout le système psychologique tente de digérer ce qui s'est passé. C'est là qu'apparaissent les symptômes post-traumatiques. Habituellement, cette phase se développe tout de suite après la phase de crise mais il arrive aussi qu'elle soit différée et n'apparaisse parfois que plusieurs mois, voire plusieurs années après le trauma (on parle alors de stress post-traumatique différé).
- La **phase de résolution** peut prendre **deux formes** :
 - Soit la personne a intégré l'évènement et résolu ses symptômes. Elle retrouve du goût pour des projets, elle peut repenser à l'évènement sans être trop envahie par ses émotions. Les victimes disent même parfois que cet évènement les a fait grandir, même si bien sûr, elles se seraient bien passées de le vivre !
 - Soit les symptômes se cristallisent et deviennent chroniques (généralement quand aucun suivi n'est mis en place).

Rappel : critères diagnostiques du TSPT (DSM-5)

Nouveau chapitre du DSM-5 :

Troubles liés aux traumatismes et au stress

(anciennement trouble anxieux dans le DSM IV- TR) :

- A. Exposition à la mort, une menace de mort, une menace d'agression, à des violences sexuelles (que ce soit de façon directe, en tant que témoin, de façon

- indirecte, ou dans le cadre de responsabilités professionnelles).
- B. Phénomènes d'intrusion (souvenirs, pensées, cauchemars, flashbacks, réactivité marquée lors de l'exposition à des stimuli associés, ...).
 - C. Conduites d'évitements (des pensées, des émotions, ou des stimuli externes reliés).
 - D. Altération négative des pensées et de l'humeur (incapacité à se remémorer des éléments-clés liés au trauma, croyances négatives sur soi et le monde, sentiment de détachement, réduction d'intérêt pour les activités, ...).
 - E. Altération de la réactivité et des réponses d'éveil (irritabilité, hypervigilance, sursauts exagérés, troubles du sommeil, troubles de la concentration).
 - F. Persistance des symptômes pendant au moins un mois.
 - G. Impact significatif sur le fonctionnement de l'individu.
 - H. Trouble non relié à une affection médicale, une médication ou à l'utilisation d'une substance.

Les symptômes muets

Ebranlement des conceptions sur soi et le monde

Ebranlement du sentiment d'invulnérabilité

- Perte du sentiment de sécurité ;
- Le monde est malveillant.

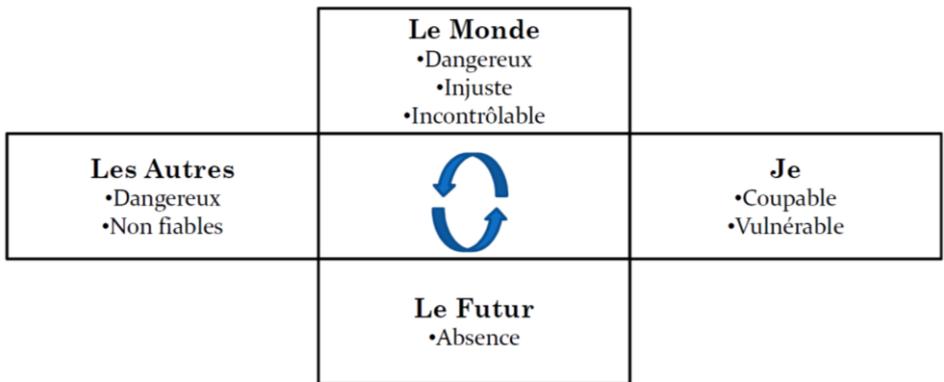
Ebranlement du postulat d'un monde compréhensible et ayant un sens

- Les règles habituelles n'ont plus cours ;
- Perte du sentiment d'un contrôle personnel.

Ebranlement de l'estime de soi

- Perception d'une réduction de contrôle des émotions ;
- Sentiment de déviance ;
- Sentiment d'impuissance et de faiblesse.

BOULEVERSEMENT DES CROYANCES FONDAMENTALES ANTÉRIEURES (D'APRÈS LOPEZ, 2014)



(ill. Schepers et Acca)

Gravité du traumatisme

Risque plus élevé de développer un trouble psychique/Etat de stress post-traumatique (ESPT)

Critères de Foa, E. (1989) : événement imprévisible, incontrôlable, accompagné de menace vitale.

- Viol > Agression humaine > catastrophe naturelle > témoin.
- Sévérité (accident) et durée (répétitivité) du trauma.
- Violence interpersonnelle (déshumanisante et perte de compétence, associée à l'idée que, contrairement à une catastrophe naturelle, cela devrait être contrôlable).
- Niveau d'intrusion dans la sphère de l'intime (viol).
- Niveau de confrontation à la mort.
- « Qualité » de l'environnement après le trauma (camp de réfugiés, zone sinistrée, etc.).

- Présence ou non de stresseurs secondaires (cumulatifs): atteinte physique, procès, déplacement, perte d'emploi, manque de soutien social et affectif, etc.

Trouble de stress aigu (TSA)

- Danger, risque de blessures, menace de l'intégrité physique ;
- Troubles apparaissent rapidement ;
- Durée 2 jours à 4 semaines ;
- Dissociation ;
- Reviviscence.

Trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Mêmes symptômes que le TSA :

- Evitements
- Reviviscences
- Hyperactivation
- Durée : un mois et plus
- Types I et II.

Trouble de stress post-traumatique complexe

- **Emotions** : Altération de la régulation émotionnelle, comportements autodestructeurs, comportement impulsif à risque.
- **Attention** : Altération de l'attention et de la conscience, amnésie, épisodes dissociatifs.
- **Somatisation** : Douleur chronique, troubles cardiorespiratoires, conversion.
- **Perception de soi** : Altération de la perception de soi, dévalorisation, culpabilité, sentiment d'incompréhension, abandonnique.

Les différents types de traumatismes et leurs caractéristiques

(d'après Josse, E., www.jidv.com n°15 juillet 2007)

Traumatisme de type I

(Terr, L., 1983 ; Cote, L., 1996)

Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif, un événement traumatique soudain, inattendu, dévastant, dangereux, unique présentant un commencement net et une fin clairs. Sa durée est limitée.

Propriétés : laisse un souvenir indélébile, précis.

Symptômes de PTSD : intrusion, évitement.

Le rétablissement peut être rapide.

Support social de la famille, des amis.

Exemples : agression, incendie, catastrophe naturelle.

Remarque : Ce trauma de type I peut avoir des conséquences à long terme (handicap physique à la suite de blessures, déplacements du lieu de vie...).

11

Traumatisme de type II

Le traumatisme de type II est induit par un agent stressant chronique ou abusif de longue durée et/ou répétitif, cumulatif, anticipable, infligé volontairement. L'événement s'est répété, il a été présent constamment ou il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps.

Propriétés : Il est d'abord vécu comme un traumatisme de type I. Il laisse des îlots de souvenirs flous, des difficultés durables (détachement, émotions labiles), un rétablissement lent ; il est souvent gardé secret, de sorte qu'il n'y pas de support social.

Exemples : violence intrafamiliale, abus sexuels, violence politique, faits de guerre...

Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II.

Facteurs étiologiques

Facteurs prédisposants (pré-traumatiques)

Gay & Marchand, 2006

Facteurs de risques

- Facteurs de stress antérieurs ou chroniques
- Symptomatologie dépressive, anxieuse, dépendante
- Traumatismes antérieurs
- Style d'attribution (causale interne, externe)
- Traits de personnalité (rigidité)
- Conception des émotions.

Facteurs de protection

- Stratégies de gestion du stress comportementales ou cognitives orientées sur le problème.
- Personnalité résistante au stress (tournée vers l'action par opposition à la passivité, sachant donner un sens, ayant le sentiment de contrôle).
- Sentiment d'efficacité personnelle.
- Expérience antérieure ou formation.

Facteurs déclencheurs (péri-traumatiques)

- Caractéristiques de l'événement (durée, occurrence, intensité)
- Émotions lors de l'événement
- Réactions dissociatives lors de l'événement
- Ressemblances entre certaines caractéristiques et des traumas antérieurs
- Ressemblances entre certaines caractéristiques et des aspects personnels
- Type d'événements (trauma de type I ou de type II).

Facteurs de maintien (post-traumatiques)

- Support de l'entourage insuffisant ou absent
- Poursuites légales
- Perception sociale du traumatisme
- Séquelles physiques
- Impact négatif du trauma sur les relations sociales

- Processus de deuil ajouté
- Interprétation cognitive du trauma
- Gains secondaires
- Comorbidité.

Comorbidité

Troubles	Hommes	Femmes
Troubles dépressifs	49%	48%
Anxiété généralisée	15%	16%
Panique	12.6%	7.3%
Agoraphobie	22.5%	16.1%
Abus alcool	52%	28%

(ill. Schepers et Acca)

Facteurs de chronification du TSPT

Manque de reconnaissance sociale :

- Jugements de valeur sur la personne, son comportement, sa capacité à réagir.
- Attention portée surtout au préjudice économique.
- Absence ou arrêt trop rapide du soutien de la part des proches, de l'entreprise...

13

Aspect médico-légal :

- Durée des procédures
- Aspect traumatisant de la procédure (rappel)
- Charge de la preuve.

Causes de rechutes ou de chronification

1. Manque de reconnaissance sociale
2. Manque d'informations sur les symptômes
3. Approche inadéquate (uniquement médication)
4. Manque de rituels.

Inventaire des situations de stress post traumatique complexes

- Personnalité préexistante à l'événement : histrionique, narcissique, état-limite, obsessionnelle,....
- Comorbidité : douleur chronique, troubles cognitifs, dépression, difficultés au travail préexistantes (burnout)
- Ampleur médiatique de l'événement
- Durée de l'événement
- Complications médico-légales et victimisation secondaire
- Support social.

Complications médico-légales et victimisation secondaire

Définition de la victimisation secondaire : il s'agit de « *l'ensemble des attitudes, pratiques et comportements accusateurs envers les victimes, auxquels peuvent se livrer les professionnels (du secteur judiciaire, de la santé...) qui induisent un vécu de trauma supplémentaire (chez les victimes)* » (d'après Campbell, 2005).
 « *La reconstruction d'une victime est facilitée par une procédure qui la reconnaît en tant que telle* » (Lopez, 2013).

Or il reste beaucoup d'idées reçues sur le TSPT :

- « C'est dans la tête », donc ça va (ou ça doit) passer vite... »
- « C'est une question de volonté ... »
- « A sa place, je n'aurais certainement pas réagi comme cela... »
- « Certaines professions sont moins à risque (policier, pompier, militaire...) parce que plus entraînées à faire face ... »

Exemples :

- A une victime d'accident de voiture : « Et bien, ça va, vous n'êtes pas morte, il y a pire vous savez ! »

- A une victime d'accident de voiture (dans lequel une amie de la victime est décédée) : « Oui, votre amie est morte, et alors? Il va bien falloir passer à autre chose ! »
- A une victime d'agression (dans laquelle la victime a été brûlée au visage par un Taser) : « Oh mais ça va, votre cicatrice, ce n'est pas si moche que ça finalement ! »

Comment aborder les « impasses » thérapeutiques ?

source Pascale Brillon (2015)

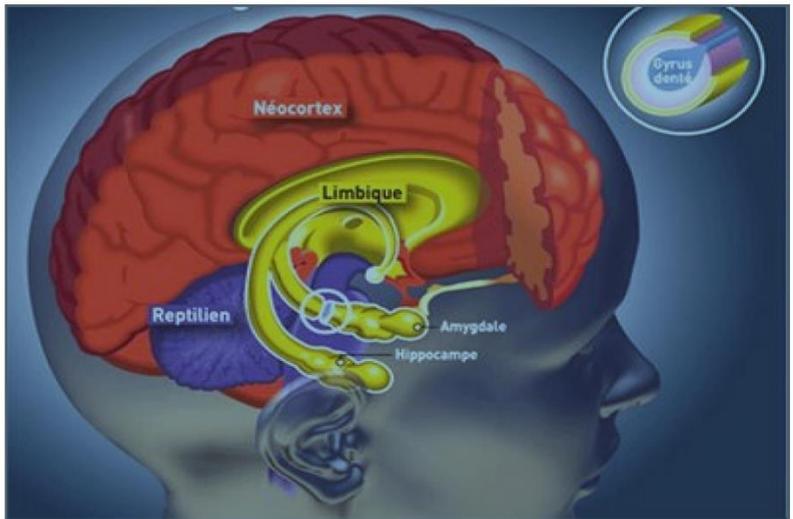
Incompréhension et honte des symptômes

Psychoéducation : les informations pertinentes à communiquer:

La peur: comment ça fonctionne?

(ill. Schepers et Acca)

15



- La peur (modèle de Foa & al., 1998) : Attribution d'une signification de danger à un lien stimulus-réponse antérieurement neutre ou sécuritaire. Réponses plus intenses, structure plus complexe, plus accessible : il en faut moins pour réagir plus vite, plus fort et percevoir le danger ».
- Le rôles des pensées (modèle de Joseph & al., 1995) : L'interprétation des causes, des enjeux et des conséquences de l'expérience traumatique qui provoque les symptômes posttraumatiques.
- Les attributions causales sont fréquentes et importantes, cause de l'événement? Interne/externe? les attributions causales ont un effet sur le sentiment de contrôle, sur l'évaluation de la probabilité de retraumatisation (« avec la chance que j'ai ... »).

Perturbation émotionnelle

16

Le TSPT est le plus émotif des troubles anxieux :

- Le travail sur les émotions est central.
- C'est une cause fréquente d'impasse thérapeutique et d'abandon du traitement.
- Le travail émotionnel DOIT précéder le travail cognitif.

Que dire ?

- Ressentir
- Nommer et s'approprier
- Accepter (ce qui est différent de « faire accepter »)
- Exprimer.

Que faire ?

- Ramener aux sensations, au corps
- Etre attentif aux signaux corporels
- Savoir « doser » le reflet des sensations physiques
- Prescrire la pratique du contact avec les sensations physiques.

Dissociation

Mécanisme de protection contre la submersion émotionnelle.

Symptômes à observer : perte du contact visuel, torpeur, ralentissement, réduction de la conscience de l'environnement, déréalisation, dépersonnalisation.

Que faire?

- Aidez à garder le contact : « scanner corporel des sensations de stabilisation ».
- Faire l'expérience de l'alternance « activation-apaisement », on laisse monter, on laisse ressentir, on apprend à négocier les sensations.
- Se brancher sur l' « ici et maintenant ».
- Le jeu de 7 erreurs : qu'est-ce qui ressemble au trauma, qu'est-ce qui est différent maintenant ?
- Activer les compétences d'apaisement : Respiration, bouton de contrôle ...
- Quelques précautions : attention aux « méta-émotions » c'est-à-dire aux émotions sur les émotions (« c'est idiot d'avoir peur comme ça, je suis devenu une mauviette à pleurer comme ça ... »).
- Veiller à se protéger soi-même en tant que soignant : Attention à la fatigue de compassion, Attention au sauveur dramatique qui sommeille peut-être en vous. Cette personne, cette histoire vous dérange ?

17

Pensées qui induisent la souffrance

- « Le monde est dangereux, partout et toujours »
- « Ce qui est arrivé est de ma faute »
- « J'ai mal réagi lors de l'événement »
- « Etait-ce vraiment un traumatisme? »

Les pensées sont confondues avec des faits. Elles maintiennent la peur, la honte, la culpabilité, la colère, la tristesse. L'émotion suit la pensée, même si la pensée est fautive. Ce que je me dis a un impact sur l'émotion. Pour modifier l'émotion, il faut modifier (assouplir, critiquer, confronter, démonter ..) la pensée.

Adopter le slogan : agir (sur les pensées) plutôt que subir (les conséquences des pensées).

Travailler :

- les pensées automatiques,
- les attributions causales,
- les croyances fondamentales.

« Le monde est dangereux, partout et toujours »

Que faire ?

- Questionnement socratique.
- Probabilité d'un événement précis.
- Coût-bénéfice des évitements et de la vigilance.
Question pratique: qu'est-ce que j'aimerais être capable de faire ?
- Identifier des précautions raisonnables et acceptables.
Evoluer de l'hypervigilance' vers la 'vigilance' et se stabiliser en 'saine prudence'.

18

« Ce qui est arrivé est de ma faute »

Que faire ?

- Psychoéducation du jugement a posteriori.
- Tarte d'attribution des responsabilités.
- Problème du double-standard (sévère pour soi-même, indulgent pour les autres).

Et que faire si c'est réellement « de la faute » ?

- Envisager un concours de circonstances.
- Mettre en évidence l'inutilité de se blâmer (à quoi cela sert-il ?, quels avantages à se lamenter ?)
- Discuter d'un délai de pardon ?

« J'ai mal réagi lors de l'événement »

Que faire ?

- Re-psychoéducation sur les réactions automatiques.

- Valider la peur, la surprise.
- Aborder la honte face aux réactions corporelles humiliantes.

« **Etait-ce vraiment un traumatisme?** »

Que faire?

- Valider le traumatisme : utiliser les mots adéquats (victime, agresseur, transgression ...).
- Analogie de la « grenouille bouillie » (un peu plus de souffrance infligée chaque jour fait que la victime s'adapte ...).
- Accepter des émotions contradictoires.

Evitements marqués et réfractaires

Stratégie : exposition graduelle.

- Plusieurs modalités: in virtuo, in vivo, en imagination.
- Condition préalable d'une exposition de qualité : explication sur le processus d'exposition.
- En premier lieu : faire une séance d'exposition accompagnée !

19

Rappel : qualités d'une exposition

1. volontaire
2. bien calibrée
3. fréquente
4. prolongée
5. provoque une activation émotionnelle
6. évaluée
7. valorisée

Difficultés potentielles

la victime :

- panique pendant l'exercice,
- ne ressent pas d'anxiété,
- n'éprouve pas d'habituation,
- se dissocie.

A faire:

- Apaiser avant de stopper, zone de repli, restructuration cognitive ;
- Vérifier les sources de neutralisation, hiérarchie trop facile ;
- Quel est le dialogue interne ?
- Neutralisations ? Niveau musculaire ? Prolonger.
- Identifier les antécédents de dissociation, pédagogie de la dissociation, valider les émotions, ramener à ici et maintenant.

Reviviscences marquées qui submergent

Signe que l'information n'est pas traitée. C'est une tentative naturelle de traiter et de comprendre.

Que faire?

Exposition au souvenir du trauma.

Narrations répétées accompagnées au souvenir en étant connecté émotionnellement.

Formes

Récit progressivement plus détaillé.

Analogie avec un réalisateur de cinéma.

Récit enregistré, écrit, arrêt sur image ...

20

Cauchemars envahissants

Domaine difficile car c'est une plainte fréquente des patients (50 % à 90 %)

- Symptôme persistant,
- Peu de moyens d'action, ce qui provoque un sentiment d'impuissance pour le thérapeute.
- Ils induisent la peur du sommeil/l'évitement du sommeil, la modification des habitudes familiales ...

Que faire?

Explication sur le cauchemar.

Validation, empathie par rapport aux conséquences.

Imagery Rehearsal Therapy (IRT).

Imagery Rehearsal Therapy (IRT) : 4 étapes:

1. Ecrire le cauchemar en détail.
2. Choisir une alternative positive pour terminer le cauchemar et l'écrire.
3. Répéter la « nouvelle » version avant de s'endormir.
4. Pratiquer quelques exercices de détente après la répétition.

Présence de traits narcissiques

Traits/trouble narcissique :

- Certains traits narcissiques ressemblent aux symptômes de SPT.
- Mettre d'abord l'accent sur le trouble narcissique plutôt que sur traumatisme. Prudence !

21

Comparaisons cliniques entre personnes souffrant de symptômes narcissiques associés à un trauma (SNAT) et celles souffrant de TSPT

tableau : Simon (2002) Distinguishing Trauma-Associated Narcissic Symptoms From PTSD: A Diagnostic Challenge. *Harvard review of psychiatry*, 10(1), 28-36.

(ill. Schepers et Acca)

	SNAT	TSPT
Événement traumatique	Interpersonnel , moyen à sévère, menace le Soi grandiose	Externe, menace vitale pour soi ou les autres
Réponse immédiate au stresser	Honte , humiliation, rage	Peur intense impuissance horreur
Cauchemars	Habituellement absents	Habituellement présents
Reviviscences	Ruminations, désir de vengeance	Flashbacks, pensées intrusives
Évitement	Honte, humiliation	Reviviscences, anxiété, dépression
Hyperactivation	Favorisée par la rage	Favorisée par l'anxiété
Symptômes principaux	Honte , humiliation, embarras, rage	Reviviscences, anxiété, retrait, émoussement, dépression
Responsabilité	Blâme les autres	Culpabilité « si j'avais su.... »
Impact sur soi	Déflation	Démoralisation
Rage	Menace le Soi grandiose, persistante, syntone	Irritabilité, éclats de colère peur de perdre le contrôle, dystone
Mauvais diagnostic	TSPT	Trouble de l'adaptation, autre trouble anxieux ou dépressif
Diagnostic correct	Trouble de l'adaptation, tr. anxieux , dépressif, tr. de pers. narcissique,	TSPT, troubles co-morbides
Traitement	Supportant, empathique, viser restauration équilibre narcissique. Médication pour anxiété, dépression	Psychopharmacologie, TCC, support
Evolutions clinique	Variable, dépend de la vulnérabilité du stresser	Tendance à la chronicité
Processus judiciaire	Exacerbe la rage, patient poursuit activement, cherche la revanche, tactique de la «terre brûlée »	Exacerbe les symptômes, le patient peu disposé à poursuivre mais cherche réparation

Schepers et Acca (2016)

67

Présence de bénéfices secondaires

Ne l'envisager qu'en dernier recours !

- Diagnostic (trop) facile qui peut cacher une faille dans la qualité de la relation thérapeutique.
- Finalement, c'est coûteux pour la qualité de vie, l'autonomie du patient...
- C'est une tendance autodestructrice.

Par rapport aux symptômes :

- Avantage à ne pas travailler.

- Attention accordée par l'entourage.
- Les symptômes « prouvent » le traumatisme encouru.

Par rapport au blâme excessif, cela donne un sens au traumatisme :

- C'est plus acceptable socialement.
- Cela permet d'obtenir plus de support des autres.
- Cela permet de se sentir vivant, de ressentir quelque-chose.

Que faire ?

- Identifier la stagnation.
- Mettre en avant les conséquences négatives personnelles.
- Essayer d'identifier les causes.
- « Que faisons-nous avec ça maintenant ? »
- « Quelle va être votre part d'engagement ? »

23

Recommandations

Il est nécessaire d'être attentif aux éléments suivants lors de la prise en charge de patients ayant un TSPT :

- Utilisation de techniques validées empiriquement.
- Qualité de la relation thérapeutique.
- Importance d'une prise en charge en réseau.
- Apprentissage de techniques de gestion émotionnelle.
- Cadre thérapeutique négocié avec le patient et pouvant rester souple.
- Pouvoir gérer les contre-attitudes violentes pouvant être induites par le patient (autoritarisme, irritabilité ...).

A retenir

Pour les patients, la vie ne sera plus jamais comme « avant ». Il y a toujours un « avant » et un « après » trauma. Souvent, ce constat a un écho déficitaire chez les

patients. Une grande partie du traitement va consister en une modification progressive de cette vision déficitaire pour aboutir à la conception qu'il est possible d'être peut-être mieux qu'avant dans de nouveaux secteurs de sa vie et de devenir différent d'avant, en ayant choisi quelle différence adopter.

Références bibliographiques

Brillon, P. (2011). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes*, Ambre.

Brillon, P. (2014). *Se relever d'un traumatisme. Réapprendre à vivre et à faire confiance*, Les Editions Québec Livres, 5e édition.

Kedia, M. & Sabouraud-Séguin, A., sous la dir. de. (2013). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2e édition.

Lopez, G. (2014). *Prendre en charge les victimes d'agression et d'accident. Accueillir, orienter, traiter*, Paris, Dunod.

Sabouraud-Séguin, A. (2006). *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique*, Paris, Odile Jacob.

Rosenbloom, D & Williams, M-B (1999). *Life after trauma – a workbook for healing*. New York, the Guilford Press.