

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La caractéristique essentielle de ce trouble est le développement de symptômes typiques faisant suite à un événement psychologiquement traumatisant hors du commun (c.à.d. dépassant le domaine des expériences communes telles que le deuil simple, une maladie chronique, les mauvaises affaires et les conflits conjugaux).

L'événement stressant est généralement vécu avec un sentiment intense de peur, de terreur d'impuissance et d'abandon.

Les symptômes caractéristiques sont:

- la reviviscence de l'événement traumatique (rêves)
- l'évitement des situations qui rappellent l'événement
- un émoussement de la réactivité générale (engourdissement, anesthésémotionnelles)
- une hyperactivité
- difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu
- difficulté de concentration
- hyper vigilance
- réaction et sursauts exagérés

Les symptômes de stress post-traumatique sont de l'avis de plusieurs chercheurs le résultat d'adaptation de l'organisme . Les symptômes peuvent être accompagnés de d'attaque de panique.

On porte le diagnostic quand le trouble persiste plus d'un mois et provoque une profonde détresse ou nuit au fonctionnement de la personne.

Les traumatismes les plus fréquents impliquent:

- ⚔ une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique (accident, agression, viol ...)
- ⚔ un danger ou un malheur important pour les enfants, le conjoint ou un proche de la personne
- ⚔ une destruction soudaine de son domicile ou de son quartier
- ⚔ la découverte de quelqu'un gravement blessé ou mort dans un accident

Le traumatisme peut concerner la nouvelle d'un danger ou d'un malheur important frappant un ami intime ou un proche parent.

La personne peut être seule à subir le traumatisme (attaque) ou le subir en groupe (guerre). Lors de traumatisme collectif avec danger de mort, la personne développe souvent des sentiments de culpabilité d'avoir survécu alors que d'autres sont morts, de ne pas avoir réussi à sauver des gens ou encore elle peut se sentir coupable d'avoir effectué certains actes pour survivre.

Parmi les événements stressants survenant en groupe, citons:

- ✦ catastrophes naturelles
- ✦ catastrophes causées accidentellement (catastrophe aérienne)
- ✦ catastrophes causées délibérément (torture, camp de concentration)

Le trouble est apparemment plus sévère et plus durable quand l'événement stressant est dû à l'action humaine.

Le reviviscence de l'événement prend plusieurs formes:

- ✦ souvenirs récurrents qui s'imposent à l'esprit
- ✦ rêves angoissants dans lesquels l'événement est revécu

La reviviscence du traumatisme est accompagnée d'un évitement persistant des stimuli qui lui sont associés. La personne fait des efforts pour éviter de penser à l'événement traumatique.

La personne manifeste aussi un sentiment de détachement ou d'éloignement par rapport aux autres ainsi qu'une diminution à ressentir des émotions de n'importe quel type (en particulier celles associées à la tendresse, l'intimité et la sexualité).

Certaines personnes se plaignent de difficultés à se concentrer ou à effectuer leur travail. Plusieurs signalent des changements dans leur agressivité et une peur de perdre le contrôle. Les victimes souffrent souvent aussi d'un sentiment d'incommunicabilité. Leur expérience, les émotions vécues et leurs réactions sont tellement hors du commun, intenses et inconnues jusqu'à présent que les mots sont difficiles à trouver pour décrire ce qui est vécu. Il est souvent difficile pour l'entourage de réaliser ce que la personne vit. Il vient souvent un temps où la victime se fait dire: "reviens-en". Les victimes observent que même si leur entourage offre une bonne écoute, il vient un temps où les gens ne veulent plus en entendre parler, ils veulent tourner la page. Parfois, les victimes elles-mêmes s'empêchent d'en parler aux autres de peur de les déranger.

La vision du monde et de la vie est souvent affectée. Le monde n'est plus aussi sûr. Il devient plein de dangers, de méchancetés etc. selon le traumatisme vécu. Plus la vision du monde était incompatible avec l'événement, plus le choc est grand. Chez les gens qui ont vécu des traumatismes chroniques (abus, violence conjugale, etc.), les croyances qui se rapportent à soi et aux autres ainsi que la capacité de faire confiance sont très affectées.

Les symptômes débutent habituellement dans les trois premiers mois après le traumatisme même si ceux-ci peuvent apparaître beaucoup plus tard. Pour la majorité des gens chez qui les symptômes persistent plusieurs mois après le traumatisme, le passage du temps n'amènera pas de rétablissement s'il n'y a pas de traitement. Des complications (consommation abusive d'alcool ou de drogue, problèmes de relations interpersonnelles...) risquent de se déclarer.

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC s)

"J'ai peur de m'infecter et je dois constamment me laver lorsque je serre la main de quelqu'un. Du reste, je ne serre pratiquement plus la main de personne. C'est pourquoi je préfère rester chez moi. Quand je suis tout de même obligé de serrer la main de quelqu'un, je me lave ensuite les mains 20 à 50 fois, parce que je ne sais jamais si elles sont encore infectées. Je ne peux pas me les sécher avec l'essuie-mains, car il pourrait être infecté lui aussi. Je sais que cela paraît complètement fou. Je serais heureux de pouvoir à nouveau saluer les gens convenablement."

Lorsqu'une personne se sent contrainte d'accomplir certains actes ou que certaines pensées ne cessent d'occuper son esprit, les causes possibles sont multiples. Il peut parfois s'agir d'une maladie appelée trouble obsessionnel-compulsif.

Le trouble obsessionnel compulsif est assez fréquent (2% à 3% de la population adulte d'après une étude américaine).

1. Le TOC arrive en quatrième position du point de vue de la population concernée, après les phobies, les addictions et la dépression.
2. Chez les enfants, la population souffrant de TOC est évaluée à 1 %
3. Le trouble se révèle en moyenne chez le garçon avant la puberté (6 à 15 ans), chez la jeune fille après la puberté (20 à 29 ans)
4. L'âge moyen de déclaration du trouble est de 12 ans.
5. Les personnes atteintes d'un TOC consultent assez tard (en moyenne 11 ans après l'apparition du trouble).
6. Les personnes mariées consultent nettement plus tard que les célibataires.
7. On constate 5% de rémission (disparition des symptômes sans prise en charge particulière).

8. Autant d'hommes que de femmes sont atteints, mais par contre les thèmes dominants ne sont pas les mêmes chez les femmes ou les hommes (ex: lavage chez les femmes, vérification chez les hommes).
9. 25% des enfants souffrant de TOCs souffrent également de dépression
10. 57% (Rasmussen, 1990) des adultes souffrant de TOCs présentent des symptômes dépressifs majeurs. La plupart des périodes dépressives sont postérieures au développement et au diagnostic de TOC.
11. Les autres diagnostics secondaires les plus fréquents sont les phobies simples (entre 7 et 48%), la phobie sociale (entre 11 et 18%), les troubles alimentaires (8%), l'abus d'alcool (entre 8 et 24%) , le trouble panique (9 à 30%), l'anxiété généralisée (8%) et le syndrome Gilles de la Tourette, les troubles de la personnalité évitante et dépendante

Le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif est probable si les pensées ou les actions de la personne répondent aux descriptions suivantes:

1. les pensées/actions se répètent et prennent beaucoup de temps
2. les pensées/actions sont désagréables à très pénibles
3. la compulsion à agir/pensée obsédante vient de l'intérieur (naît dans la tête)
4. vous tentez parfois de résister à cette obsession/compulsion, même si vous n'y réussissez pas
5. les pensées/actes compulsifs engendrent le stress et/ou perturbent la vie quotidienne

Exemples d'actes compulsifs/pensées obsessionnelles

Manifestations les plus fréquentes du trouble obsessionnel-compulsif:

12. se laver ou nettoyer qqch
13. procéder à des contrôles répétés
14. collectionner des objets définis, en soi inutiles
15. trier ou classer qqch dans un ordre précis
16. effectuer certains rituels (p. ex. rituels de marche)
17. toucher les autres.
18. Peur injustifiée d'être atteint des maladies graves, de cancer (hypocondrie)
19. vérifications trop fréquentes (d'une porte fermée, d'une arrivée de gaz, ...)
20. calculs mentaux
21. formules conjuratoires
22. achats incontrôlés et excessifs
23. nettoyages excessifs
24. s'arracher des mèches de cheveux (trichotillomanie)
25. se gratter inutilement
26. se ronger les ongles (onychophagie)

- 27. troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie)
- 28. envie de voler (kleptomanie)

La compulsion (rituel) : « comportement répétitif ou acte mental que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles appliquées de façon inflexible. Ce comportement est destiné à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. »

Quelques aspects

1. le rituel est dépendant d'une obsession pré jacente.
2. Le rituel peut être absurde, mais aussi être issu d'un raisonnement logique.
3. La compulsion apporte un bien-être à court terme, bien que relatif
4. Le sujet est conscient de la démesure de la compulsion, ou de son caractère illogique.

Souvent, de tels actes sont motivés par des craintes (p. ex. de se contaminer) ou des doutes (ai-je vraiment fermé la porte à clef?) ayant un caractère obsédant. Les pensées obsessionnelles ne sont pas nécessairement suivies d'actes compulsifs (p. ex. soucis pour sa propre santé ou pensées agressives/sexuelles).

Il convient de souligner que toutes les pratiques répétées de contrôle ou de lavage ne signifient pas que la personne concernée souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif. Du reste, chez les personnes souffrant de troubles obsessionnels-compulsifs, ce ne sont pas les pensées ou les craintes en elles-mêmes qui sont "anormales", mais leur ampleur.

Crainte		Réaction	
normale	malade	normale	malade
► Crainte qu'il arrive quelque chose de grave.	► La probabilité est fortement surestimée	► Effectuer les contrôles nécessaires pour que cela ne se produise pas	► Répéter ces mesures non seulement 1-2 fois, mais constamment
► Crainte de s'infecter	► Le risque d'infection est fortement surestimé	► Se laver, nettoyer les objets	► Nettoyer non seulement 1-2 fois, mais constamment

Signes supplémentaires: autres maladies

Une personne atteinte d'un trouble obsessionnel-compulsif souffre souvent d'autres troubles psychiques qui lui rendent la vie encore plus pénible.

Ceux-ci vont des sensations désagréables comme...

- la peur d'être rejeté
- l'indécision
- le désespoir et l'abattement

à des maladies graves telles que p. ex.

- une dépression
- des troubles anxieux
- la schizophrénie.

Au moins un tiers des personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif souffrent en même temps d'une autre maladie nécessitant un traitement (les médecins appellent cela la comorbidité). Selon les cas, le système cardio-vasculaire, l'estomac ou d'autres organes peuvent être affectés.

Signes supplémentaires: problèmes sociaux

Les troubles obsessionnels-compulsifs créent souvent aux patients des problèmes sociaux qui vont s'aggravant avec le temps.

- incapacité de travail
- contacts interpersonnels réduits au minimum
- difficultés financières
- dépendance à l'alcool

Approche Psychanalytique

En psychanalyse, la névrose obsessionnelle compulsive est perçue sous l'angle de la problématique de l'Œdipe : il y aurait eu à la période Œdipienne un surinvestissement libidinal de l'un des parents, ayant comme résultat une anxiété face au fantasme inconscient de l'inceste. Un jeune garçon par exemple qui se sent surinvesti par sa mère, qui a le sentiment qu'elle le préfère au père, face à l'angoisse de castration, pourrait développer une névrose obsessionnelle compulsive. La seule façon pour ce dernier pour déjouer l'angoisse sera d'occuper son esprit par des activités rituelles ou de répétition qui l'éloigneront des pensées œdipiennes. La compulsion agit comme un système de défense face à la peur de commettre des gestes immoraux. Il s'agit en fait de se tenir loin du désir et du plaisir en occupant l'esprit constamment à autre chose. La fixation dans le cas de cette névrose est au stade anal. Fort sentiment de culpabilité et de honte.

Critères diagnostiques DSM IV

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions:

Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4):

1. pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
2. les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
3. le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
4. le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsessionnelles proviennent de sa propre activité mentale, (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).

Compulsions définies par (1) et (2):

5. comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
6. les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux

sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. À un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. N.B.: Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre trouble de l'axe 1 est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle; préoccupations à propos de drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypocondrie; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de paraphilie; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un trouble dépressif majeur).

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale. Ce trouble apparaît parfois dans l'enfance mais plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il débute soit de façon très graduelle, soit de façon rapide suite à un traumatisme ou un stress aigu. Lorsque les peurs associées aux troubles obsessionnels-compulsifs (ex. peur de se contaminer, de frapper son enfant avec un couteau) conduisent à l'évitement (ex., ne pas se servir d'un couteau en présence d'un enfant) ou à des rituels, i. e. des compulsions (ex., se laver les mains), ces comportements réduisent l'anxiété. Le soulagement ainsi apporté contribue à renforcer et maintenir la maladie.

Traitements

Deux techniques s'avèrent efficaces pour traiter les troubles obsessionnels-compulsifs: s'exposer aux situations qui amènent l'anxiété reliée des obsessions et ne pas répondre à ces obsessions par la compulsion. Par exemple, pour une personne ayant peur de se contaminer en touchant des objets, il s'agira de s'habituer graduellement à toucher des objets sans se laver les mains. L'exposition permet une habitude qui amène une diminution de l'anxiété. L'approche cognitive stricte, c'est-à-dire la modification des croyances inadaptées, s'avère infructueuse.

Vulnérabilité biologique

Vulnérabilité psychologique

Modèles

Pensées et images intrusives
Traitement de l'information
Sentiment de détresse
Rituels mentaux ou comportements

Schéma cognitif des TOC

Schéma cognitif des TOC

