

BULLETIN D'INFORMATION

Section TRAUMA^{SCP}

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

Dans ce numéro:

1. Introduction
2. Les actualités
3. Conférences à venir
4. Articles:

Traitement pharmacologique du TSPT : quoi de neuf ?

Propranolol et TSPT: Implications cliniques et perspectives d'avenir.

Propranolol et TSPT: Enjeux éthiques.

5. Opinion des lecteurs :

Modèle de soin et de croissance post-traumatique



Chers membres de la section stress traumatique de la société canadienne de psychologie (SST-SCP),

J'espère que vous profitez pleinement de la rentrée et que vous revenez reposés de votre été prêts à refaire le monde (encore une fois) !

Ce numéro de notre bulletin est dédié aux nouvelles approches pharmacologiques du trouble de stress post-traumatique (TSPT) utilisées seules ou de concert avec la psychothérapie. Vous avez peut-être entendu parler de ces approches dans les médias et vous demandez un peu de quoi il s'agit ? Je vous encourage à lire ce numéro de notre bulletin qui vous en donnera un premier aperçu. N'hésitez pas à nous donner votre opinion sur les divers enjeux soulevés par ces recherches, qu'ils soient cliniques, sociétaux, éthiques, etc.

Comme toujours, vous êtes invités à nous faire part de vos commentaires et nous tenir informés des nouvelles pertinentes que vous voudriez voir publiée dans le prochain bulletin afin de les diffuser à nos membres.

Les membres du comité exécutif de notre section (Section Stress Traumatique ou SST) restent dévoués à servir vos besoins et vos intérêts.



Alain Brunet, Ph.D., président
Section Stress Traumatique

Actualités

Par Anne Dietrich, Ph.D. et Alain Brunet, Ph.D.

Notre Équipe



Alain Brunet, PhD
Président



Anne Dietrich, PhD
Présidente sortante



Paul Frewen, PhD
Président-Élu



Deniz Fikretoglu, PhD
Trésorière



Nick Carlton, PhD
Éditeur du bulletin



Marianne Pelletier &



Nelson Azoulay,
Représentants étudiants

Le comité exécutif a été très productif ces derniers mois. Nous avons des plans passionnants pour la prochaine année. Petit bilan :

Membership

Le nombre de membres s'est accru de 15% au cours de la dernière année. Nous remercions ceux et celles qui ont recruté de nouveaux membres. Présentement, nous avons 303 membres, dont 80 étudiants.

Élections

Les élections ont eu lieu en mai/juin 2010 et donnent les résultats suivants :

Président :	Alain Brunet, Ph.D.
Président élu :	Paul Frewen, Ph.D.
Présidente sortante:	Anne Dietrich, Ph.D.
Trésorière :	Deniz Fikretoglu, Ph.D.
Étudiants :	Marianne Pelletier, B.A. Nelson Azoulay, B.A.

Membres Ad hoc

Éditeur du bulletin :	Nick Carleton, Ph.D.
Webmestre :	Elena Saimon , B.A.

Le Dr. Frewen deviendra président de la section dès la prochaine rencontre annuelle d'affaires de juin 2011 qui se tiendra lors du prochain congrès annuel de la SCP. Félicitation au Dr. Frewen, à Mme Pelletier et Mr. Azoulay pour leur élection au sein de notre section! Nous offrons aussi un accueil chaleureux à Deniz Fikretoglu, Ph.D. qui avait été élue l'année dernière et qui remplace Colleen Haney, Ph.D. Merci Colleen pour vos nombreuses années de services !

Affiliation de notre section à l'ISTSS

Le 8 février 2010, notre section a obtenu un statut d'organisme affilié avec la Société Internationale sur l'Étude du Stress et du Trauma (ISTSS). Anne Dietrich a publié un article sur les buts visés par notre section, sa structure et ses activités dans le bulletin *StressPoints* de l'ISTSS.

En vertu de cette affiliation, les membres de notre section bénéficient des avantages suivants:

- Un rabais sur l'adhésion à l'ISTSS ou sur l'abonnement au *Journal of Traumatic Stress*.
- Des réductions à la conférence annuelle de l'ISTSS.
- Les mêmes bénéfices que les membres en règles de l'ISTSS en ce qui a trait à l'aide financière telles que les subventions d'adhésion, les dispenses d'inscription aux conférences et aides au voyage.
- L'annonce par l'ISTSS de conférences organisées par notre section et

Actualités (Suite)

d'autres activités professionnelles.

- Notre section peut publier des articles et des annonces sans frais dans le bulletin *StressPoints* de l'ISTSS.
- Notre section peut publier sur le site web de l'ISTSS (sujet aux règles normales d'administration du site web de l'ISTSS).
- Le président de la SCP détient (sans droit de vote) à l'exécutif de l'ISTSS.
- L'utilisation de la liste de diffusion de l'ISTSS une fois par année, sans frais.
- L'utilisation de la liste de distribution électronique de l'ISTSS sur une base raisonnable.

Nous encourageons nos membres à visiter le site web de l'ISTSS (www.istss.org) et à profiter de son riche contenu. Chaque année l'ISTSS organise une conférence exceptionnelle où les plus grands chercheurs et cliniciens présentent leurs travaux dans le domaine du trauma.

Nous vous encourageons à assister à la conférence de l'ISTSS à Montréal en novembre 2010. Pour la première fois de son histoire, l'ISTSS offrira des conférences en français ou avec traduction simultanée. Cela promet d'être une conférence exceptionnelle! Vous trouverez des informations sur la conférence sur le site web de l'ISTSS (www.istss.org).

Convention annuelle et rencontre d'affaires

La convention annuelle de la SCP s'est tenue le 3 et 5 juin 2010 à Winnipeg. La section du stress traumatique a tenu sa rencontre d'affaires le 3 juin.

Site Internet de la section

Le site web de notre section a été entretenu et mis à jour. De plus, pour aider les travailleurs en santé mentale intervenant après un désastre, les documents suivants ont été ajoutés :

- Documents psychosociaux pour assister les intervenants de première ligne en santé mentale.
- Manuel aidant à la planification de prestations de services psychosociaux.
- Manuel aidant à la planification et à la gestion de prestations de services sociaux d'urgence dans un refuge.

- Manuel aidant à la planification et à la gestion des services de livraison de nourriture dans un refuge.
- Brochure sur la manière d'aider un enfant (âgé entre 1 et 6 ans et entre 7 et 10 ans) après un désastre
- Brochure sur la manière d'aider les adolescents après un désastre majeur.
- Brochure sur la manière de prendre soin de soi-même, de sa famille et de sa communauté lors d'un désastre majeur.

Ces documents ont été rédigés par Santé Canada. Ils ont été utilisés et appréciés par de nombreux professionnels en santé mentale, notamment ceux ayant travaillé suite au tremblement de terre qui a secoué Haïti.

Objectifs de notre section pour la prochaine année

- Bulletin d'information publié sur une base bi-annuelle.
- Participation de nos membres à la conférence de l'ISTSS, en 2010 à Montréal.
- Recrutement d'un présentateur-vedette pour la prochaine convention de la SCP (2011): Ruth Lanius et Daniela Schiller.
- Recrutement de nouveaux membres.

Vous pouvez envoyer vos commentaires et vos suggestions à propos des activités de notre département à n'importe quel membre de notre conseil exécutif.

ISTSS International Society
for Traumatic Stress Studies
WWW.ISTSS.ORG

La Société Canadienne de Psychologie, section du Stress Traumatique,
vous invitent à la :

**26^e conférence annuelle de
l'International Society for
Traumatic Stress Studies**

Les 4, 5 et 6 novembre 2010
Ateliers pré-conférence le 3 novembre 2010
Hôtel Le Centre Sheraton Montréal

Événements à Venir

Conférence annuelle ISSTD 2010

16 - 18 octobre, 2010

Atlanta, Georgia, USA

www.isstd.org/annual_conference/2009/index.htm

26ème Conférence annuelle de l'ISTSS

4 - 6 novembre, 2010

Montréal, Québec, Canada

Pré-conférence 3 novembre, 2010.

www.istss.org/meetings/

Les membres de la SCP Section Stress Traumatique ont un rabais d'inscription pour la conférence ISTSS. Les non-psychologues peuvent également se joindre à la SCP en tant que des affiliés spéciaux

www.cpa.ca/membres/

Conférence Régionale de l'ESTSS

2 - 3 décembre, 2010

Cardiff, Royaume-Uni

http://www.estss.org/confer/conf_files/cardiff_2-3_12_10.pdf

Conférence Internationale de San Diego sur la Maltraitance de l'Enfant et de la Famille

22 - 28 janvier, 2011

San Diego, Californie, USA

www.sandiegoconference.org

1ère Conférence Globale sur le Trauma: Théorie et Pratique

14 - 16 Mars, 2011

Prague, République Tchèque

<http://www.inter-disciplinary.net/at-the-interface/evil/trauma/call-for-papers/>

5ème Conférence biannuelle d'Alberta sur le Traumatisme Cranien

17 - 19 Mars, 2011

Calgary, Alberta

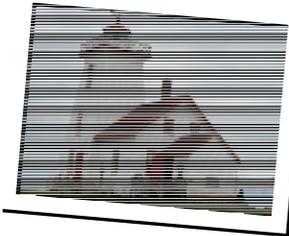
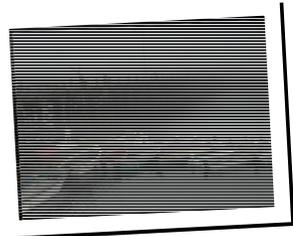
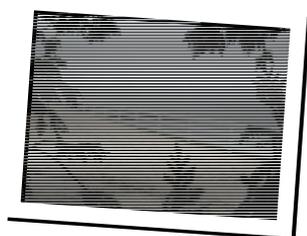
<http://biaa.ca/abic2011/>

12ème Conférence Européenne sur le Stress Traumatique

2 - 5 juin, 2011

Vienne, Autriche

<http://ecots2011.univie.ac.at/index.php?id=52841>



Traitement Pharmacologique du TSPT : Quoi de Neuf ?

Par Nick Carleton, Ph.D.

L'intervention suite à un trouble de stress post traumatique (TSPT) nécessite une analyse approfondie des différentes options pour son traitement, notamment celles touchant les nouvelles pharmacothérapie. En s'appuyant sur plusieurs recherches, une revue récente faisant part du traitement du TSPT par pharmacothérapies montre qu'elles auraient, en effet, un impact important sur ce trouble. La D-cycloserine, la Ketamine, la Prazosin, les opiacés et le Methylenedioxyméthamphetamine figurent parmi les pharmacothérapies ayant été étudiées par les chercheurs et les cliniciens.

D-cycloserine

De plus en plus de résultats confirment le bien fondé de l'utilisation de D-cycloserine, un antibiotique plus communément utilisé pour traiter la tuberculose, afin d'optimiser les psychothérapies d'expositions. Les recherches actuelles indiquent que la D-cycloserine atténue la peur, mène plus rapidement à l'extinction généralisée et diminue les risques de rechute lorsque le patient est confronté à des stimuli rappelant le traumatisme. Deux revues de littérature récentes montrent l'efficacité de ce traitement pour la phobie sociale (Hofmann et al, 2006) et le trouble de panique (Otto et al., 2009). Des résultats positifs ont été obtenus dans le traitement des phobies simples (Ressler et al., 2004) et du trouble obsessionnel compulsif (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2009). Il est donc vraisemblable de supposer que la D-cycloserine puisse également être bénéfique pour les patients souffrant de TSPT. Plusieurs études se penchent présentement sur cette question et les résultats sont attendus avec impatience.

Ketamine

Les résultats des recherches concernant l'utilisation de la Ketamine – un non-barbiturique anesthésique- sont à ce jour ambigus. Certains résultats montrent que la Ketamine réduirait les symptômes de

TSPT et pourrait aussi provoquer une perturbation dans les processus mnésiques alors que d'autres indiquent que la Ketamine augmenterait les symptômes de stress aigus par le biais de symptômes psychotiques et dissociatifs (Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009). En raison de leurs limites méthodologiques, les chercheurs suggèrent que les résultats des recherches menées à ce jour devraient être interprétés avec circonspection et soulignent la nécessité d'effectuer plus de recherche.

Prazosin

Une augmentation de norépinephrine a été mise en cause dans les problèmes de sommeil ainsi que dans les cauchemars, tout deux étant des symptômes du TSPT. La Prazosin a été associée à l'amélioration du sommeil et à la diminution de cauchemars (Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009). Les recherches menées jusqu'à présent ont ciblé principalement des hommes dans les populations militaires mais elles comptent s'étendre à la population civile. Les recherches futures devront inclure des essais contrôlés randomisés afin de démontrer un lien causal plus fort.

Methylenedioxyméthamphetamine

Plus couramment connu sous le nom d'ecstasy, cette drogue a récemment été approuvée pour des essais cliniques comme adjuvant pour le traitement du TSPT chronique. En théorie, l'euphorie engendrée par cette drogue lors des thérapies d'exposition pourrait favoriser une reconsolidation positive de la mémoire et renforcer le rapport thérapeutique (Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo, & Rothbaum, 2009). Cependant, certains effets négatifs ont été révélés, tel que la détresse psychologique et des problèmes liés à l'utilisation d'un psychotrope auprès d'une population psychiatrique. Étant donné les autres alternatives, l'incertitude qui plane sur le processus qui conférerait son efficacité à cette drogue

ainsi que les risques associés à son utilisation, cette substance de peut-être recommandée pour le moment.

Opiacés

La relation entre la douleur chronique et le TSPT a été mise en évidence dans une nouvelle recherche pharmacologique sur la morphine et son action sur le TSPT (Holbrook, Galarnau, Dye, Quinn, & Dougherty, 2010) En effet, la comorbidité des deux troubles est de mieux en mieux documentée. Certains aspects du TSPT (ex : aspect physiologique, affectif, et comportemental) maintiennent ou aggravent les symptômes de douleur chronique et, inversement, certains aspects de la douleur chronique (cognitif, affective, et comportemental) maintiennent ou aggravent les symptômes de TSPT (Asmundson, Coons, Taylor, & Katz, 2002; Sharp & Harvey, 2001). Les patients atteints de ce trouble peuvent alors être pris dans un cercle vicieux où les symptômes de chaque trouble se renforcent pour déclencher de la détresse ainsi qu'un handicap fonctionnel. Des interventions ayant pour but d'empêcher la douleur aiguë (après une blessure) de devenir chronique se sont montrées efficaces lorsqu'elles survenaient tôt dans le processus de traitement (Cole, 1998; Hadjistavropoulos, Asmundson, & Kowalyk, 2004; Linton, 1998; Linton et al., 2008; Verbunt et al., 2003; Verbunt, Sieben, Vlaeyen, Portegijs, & Andre Knottnerus, 2008). De ce fait, des interventions similaires pourraient réduire la probabilité qu'une personne blessée ne développe un TSPT. Holbrook et ses collègues (2010) ont explorés l'impact de la morphine sur des soldats blessés en Iraq. Les patients ayant reçu de la morphine montraient un risque significativement inférieur de développer un TSPT. Ainsi, en réduisant la douleur aiguë chez les blessés traumatisés, il semblerait que les mécanismes de maintien mutuel de la douleur et du TSPT puissent être atténués.

En définitive, de nouveaux traitements pharmacologiques pour le traitement du TSPT semblent émerger. Certains d'entre eux sont prometteurs. Bien des données de recherches supportent l'utilisation de la pharmacothérapie comme

adjuvant ou comme traitement principal. Les recherches futures devront continuer à explorer les avantages et inconvénients de l'approche pharmacologique dans le traitement des divers symptômes du TSPT.

Références

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, 491-499.
- Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 930-937.
- Cole, J. D. (1998). Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: Outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 217-226.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29, 715-726.
- Hadjistavropoulos, H. D., Asmundson, G. J., & Kowalyk, K. M. (2004). Measures of anxiety: is there a difference in their ability to predict functioning at three-month follow-up among pain patients? *European Journal of Pain*, 8, 1-11.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., et al. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298-304.
- Holbrook, T. L., Galarnau, M. R., Dye, J. L., Quinn, K., & Dougherty, A. L. (2010). Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 362, 110-117.
- Linton, S. J. (1998). The socioeconomic impact of chronic back pain: is anyone benefiting? *Pain*, 75, 163-168.
- Linton, S. J., Boersma, K., Jansson, M., Overmeer, T., Lindblom, K., & Vlaeyen, J. W. (2008). A randomized controlled trial of exposure in vivo for patients with spinal pain reporting fear of work-related activities. *European Journal of Pain*, 12, 722-730.
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearlson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., et al. (2009). Efficacy of d-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 67, 365-370.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., et al. (2004). Cognitive Enhancers as Adjuncts to Psychotherapy: Use of D-Cycloserine in Phobic Individuals to Facilitate Extinction of Fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136-1144.
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review*, 21, 857-877.
- Verbunt, J. A., Seelen, H. A., Vlaeyen, J. W., van de Heijden, G. J., Heuts, P. H., Pons, K., et al. (2003). Disuse and deconditioning in chronic low back pain: Concepts and hypotheses on contributing mechanisms. *European Journal of Pain*, 7, 9-21.
- Verbunt, J. A., Sieben, J., Vlaeyen, J. W., Portegijs, P., & Andre Knottnerus, J. (2008). A new episode of low back pain: who relies on bed rest? *European Journal of Pain*, 12, 508-516.

Propranolol et TSPT : Implications Cliniques et Perspectives d'Avenir

Par Laura Armstrong, C. Phil.

Une des caractéristiques fondamentales du trouble de stress post-traumatique ([TSPT] APA, 2000) est la réactivité physiologique intense lors de l'exposition à des stimuli ressemblant à un aspect du traumatisme. Dans le conditionnement Pavlovien, les stimuli ressemblant à un aspect du traumatisme sont désignés comme des stimuli conditionnés. Ces derniers entraînent une réponse conditionnée excessive du fait de la mémoire traumatique (Giles, 2005 ; Stone, 2005). La diminution de ces réponses représente un objectif thérapeutique indéniable.

Des chercheurs ont commencé à étudier l'emploi du propranolol, un antagoniste qui bloque les récepteurs bêta-adrénergiques, afin de prévenir ou d'atténuer la réponse conditionnée chez les personnes exposées à un traumatisme ou ayant été diagnostiquées d'un TSPT (par exemple, Brunet et al., 2008 ; Cahill, Prins, Weber, & McGaugh, 1994 ; Nugent et al., 2010 ; Pitman et al., 2002 ; Taylor, 2005). Selon l'association canadienne pour la santé mentale (2008), environ 8 % des Canadiens souffrent ou ont souffert d'un TSPT au cours de leur vie.

La recherche sur le propranolol

Une des premières études évaluant l'efficacité du propranolol fût celle de Cahill et al. (1994). Celle-ci a montré que les régions cérébrales contenant des récepteurs bêta-adrénergiques étaient impliquées dans les émotions et la mémorisation des réactions affectives (Cahill et al., 1994). Une heure après avoir reçu du propranolol ou un placebo, Cahill et al. (1994) ont présenté deux histoires à leur participants: une histoire chargée émotionnellement et une histoire neutre. Les participants ayant reçu du propranolol se rappelaient moins de l'histoire chargée émotionnellement comparativement à ceux ayant reçu le placebo. Aucun effet du propranolol n'avait été observé sur la mémoire des événements neutres.

Dans une étude subséquente, des participants ayant reçu une dose de propranolol dans les six heures suivant l'exposition à un événement

traumatisant démontraient une réponse physiologique réduite lorsque confrontés à des images mentales de l'événement (Pitman et al., 2002). Une étude de cas a aussi été effectuée auprès d'une patiente impliquée dans plusieurs accidents de voitures (Taylor, 2005). Malgré avoir bénéficié d'une psychothérapie et d'un traitement pharmacologique, cette patiente montrait des symptômes de TSPT qui s'aggravaient progressivement après chaque accident. Moins de 48 heures après son sixième accident, la patiente commença à recevoir une dose journalière de 60 mg de propranolol, ce qui a réduit substantiellement ses symptômes de TSPT. Ceux-ci se sont accrus lorsque les doses de propranolol furent arrêtées après deux mois. Les doses de propranolol furent de nouveau administrées à la patiente et, trois mois plus tard, encore une fois arrêtées ce qui fut favorable à la diminution des symptômes. Taylor en a conclut que, pour certaines personnes, le propranolol pouvait être une méthode préventive efficace contre le TSPT si les doses sont administrées peu après l'exposition à un événement traumatisant.

Bien qu'il y ait une période limitée pendant laquelle les bêta-bloquants peuvent atténuer l'acquisition d'une peur conditionnée (Ji, Wang & Li, 2003), Brunet et al. (2008) ont montré que la réactivation d'un souvenir traumatique pouvait fournir une nouvelle occasion d'intervenir avec le propranolol. Ces chercheurs ont réactivé le souvenir traumatique chez des patients, puis ont donné soit une dose de placebo soit une dose de propranolol. Une semaine plus tard, les individus ayant reçu la dose de propranolol étaient physiologiquement moins réactifs lorsqu'ils écoutaient un compte rendu de leur histoire traumatique.

La réponse de peur acquise durant la formation, la consolidation et la réactivation de mémoires consolidées pendant une période de stress dépend de l'amygdale et des structures médio-temporales reliées (Cahill, 2003; Cahill et al., 1994; Chamberlain, Müller, Blackwell, Robbins, &

Sahakian, 2006; Strange et Dolan, 2004; van Stegeren et al., 2005). Des études utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont en effet découvert que l'encodage d'images ou de termes émotionnellement aversifs active l'amygdale et l'hippocampe mais que cette activation pouvait être évitée en administrant du propranolol (Strange et al., 2004; van Stegeren et al., 2005). Ces résultats favorables auprès de participants adultes n'ont toutefois pas été répliqués avec des patients en pédiatrie ayant souffert d'un traumatisme et à risque de souffrir du TSPT (Nugent et al., 2010). Suite à leur admission à l'hôpital, les enfants à risque de développer un TSPT ont été assignés au hasard à un groupe recevant du propranolol ou un placebo. Le propranolol ou le placebo ont été administré au maximum douze heures après que les patients aient été admis à l'hôpital. Six semaines après le traumatisme, les participants ont suivi la procédure de réactivation du souvenir traumatique à l'aide d'un script (Pitman, 2002) et leurs réactions physiologiques, notamment leur rythme cardiaque et leur pression artérielle, ont été mesurés. Aucun effet du propranolol n'a été observé entre les participants des deux groupes. Cependant, il faut mentionner que la dose de médicament était faible (20 mg deux fois par jour) et que le délai de 12 heures avant la première dose était trop long pour véritablement bloquer la consolidation.

Directions futures

Le sexe et les antécédents de traumatisme seraient peut-être aussi un autre facteur jouant un rôle dans la réponse physiologique à des stimuli reliés au traumatisme. Les résultats d'études récentes suggèrent une réponse autonome accrue à des stimuli traumatiques chez les victimes d'un seul traumatisme et une réponse physiologique éteinte à des stimuli traumatiques chez les victimes ayant été exposées à plusieurs traumatismes (McTeague et al., 2010). Les effets du propranolol pourraient donc différer entre les victimes d'un seul traumatisme et celles ayant été exposées à plusieurs traumatismes. Par conséquent, les conclusions de toutes ces études sur l'usage du propranolol pour la prévention ou le traitement du TSPT suggèrent que ce bêta-bloquant adrénergique pourrait être bénéfique chez certaines personnes, selon certaines doses et potentiellement à l'intérieur d'un intervalle de temps limitée suivant le traumatisme ou la réactivation du souvenir traumatique. Les voies noradrénergiques sont manifestement impliquées dans l'encodage de la mémoire et dans les réponses physiologiques au traumatisme. De ce fait, plus de recherches précisant l'usage du propranolol sont

nécessaires afin de perfectionner les protocoles pour le traitement du TSPT.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision). Washington D.C.: author.
- Brunet, A., Orr, S.P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K., & Pitman, R.K. (2008). Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 503-506.
- Canadian Mental Health Association (2008). Surprisingly, post-traumatic stress disorder (PTSD) is not always associated with war, and is more common than previously believed. Retrieved June 11, 2009, from www.cmha.calgary.ab.ca
- Cahill, L. (2003). Similar neural mechanisms for emotion-induced memory impairment and enhancement. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 13123-13124.
- Cahill, L., Prins, B., Weber, M., McGaugh, J.L. (1994). B-Adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, 371, 702-704.
- Chamberlain, S.R., Müller, U., Blackwell, A.D., Robbins, T.W., & Sahakian, B.J. (2006). Noradrenergic modulation of working memory and emotional memory in humans. *Psychopharmacology*, 188, 297-407.
- Giles, J. (2005). Beta-blockers tackle memories of horror. *Nature*, 436, 448-449.
- Ji, J.Z., Wang, X.M., & Li, B.M. (2003). Deficit in long-term contextual fear memory induced by blockade of beta-adrenoceptors in hippocampal CA1 region. *European Journal of Neuroscience*, 17, 1947-1952.
- McTeague, L.M., Lang, P.J., Laplante, M-C., Cuthbert, B.N., Shumen, J.R., & Bradley, M.M. (2010). Aversive imagery in posttraumatic stress disorder: Trauma recurrence, comorbidity, and physiological psychiatry, 67, 346-356.
- Nugent, N.R., Christopher, N.C., Crow, J.P., Browne, L., Ostrowski, S., & Delahanty, D.L. (2010). The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 282-287.
- Pitman, R.K., Sanders, K.M., Zusman, R.M., Healy, A.R., Cheema, F., Lasko, N.B., et al. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 51, 189-192.
- Stone, R. (2005). Indian Ocean tsunami. In the wake: Looking for keys to posttraumatic stress. *Science*, 310, 1605.
- Strange, B.A., & Dolan, R.J. (2004). Beta-adrenergic modulation of emotional memory-evoked human amygdala and hippocampal responses. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 11454-11458.
- Taylor, F. (2005). A case of reemergent post-traumatic stress disorder arrested by propranolol intervention: Does a stitch in time save nine? In Thomas A. Corales (Ed.), *Focus on posttraumatic stress disorder research* (pp. 37-49). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Van Stegeren, A.H., Goekoop, R., Everaerd, W., Scheltens, P., Barkhof, F., Kuijjer, J.P., & Rombouts, S.A. (2005). Noradrenaline mediates amygdala activation in men and women during encoding of emotional material. *Neuroimage*, 24, 898-909.

Recherches avec le Propranolol : Les Enjeux Éthiques

Par Elena Saimon, B.A.

La découverte de nouveaux traitements pharmacologiques pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT) a provoqué une discussion animée sur les enjeux éthiques de telles interventions. En 2003, le conseil du président des États-Unis pour la bioéthique a exprimé son inquiétude dans un rapport intitulé "Beyond Therapy" –par delà la thérapie- qui s'oppose à certains traitements médicaux pour les troubles psychologiques, dont le TSPT en particulier:

... En induisant directement des changements dans notre expérience subjective, les nouveaux psychotropes entraînent la possibilité de rompre le lien entre les sentiments de bonheur et nos actions et expériences. Qui aurait besoin d'avoir de meilleures enfants, des performances supérieures ou un corps d'apparence plus jeune s'il existait un médicament capable de nous fournir le plaisir et le sentiment de bien-être qui est si souvent l'objectif ultime de nos ambitions? En effet, pour quelle raison aurait-on besoin de discipliner nos passions, de raffiner nos sentiments et de cultiver nos vertus, en somme, de structurer notre âme afin de diriger nos actions, si notre quête du bonheur pouvait être satisfaite en utilisant une drogue qui fonctionne rapidement, fidèlement et de façon économique?

Citant Shakespeare, les auteurs vont jusqu'à proposer que "*Lady Macbeth, étant guérie de ses sentiments de culpabilité, resterait la meurtrière qu'elle était, mais sans avoir les remords de conscience...*"

Les auteurs du rapport soulèvent des inquiétudes à propos de la perte de notre identité et de nos valeurs morales dans la quête d'un super remède contre une maladie. De plus, ils remettent en question la capacité de la communauté scientifique à juger quand et dans quelles circonstances l'usage de ce traitement serait justifié, et qui pourrait le recevoir. Ils

illustrent notamment leur propos en invoquant le cas de témoins oculaires appelées à témoigner devant les tribunaux et dont la mémoire aurait été traitée avec une drogue altérant les souvenirs.

Traiter ou ne pas Traiter ?

Une bonne partie de cette discussion des problèmes éthiques associés au traitement pharmacologique repose sur l'usage du propranolol pour le traitement du TSPT. Le propranolol est un antagoniste des récepteurs bêta-adrénergiques. Généralement recommandé pour les problèmes cardio-vasculaires. Le propranolol réduit l'hyperactivité du système nerveux sympathique. L'intérêt pour cette drogue, est fondé sur un ensemble de recherches émergentes mais prometteuses sur les effets du propranolol sur la reconsolidation de la mémoire traumatique. Récemment, cet intérêt a incité les grandes universités nord-américaines et européennes à mener des études plus détaillées sur l'usage du propranolol pour le traitement du TSPT. Cette initiative est notamment soutenue par le Département de la Défense américaine et le NIMH (Etats-Unis).

Les drogues qui bloquent les récepteurs bêta-adrénergiques sont utilisées depuis presque 50 ans (Scriabine, 1979). Leurs propriétés anxiolytiques ont été découvertes au début des années soixante-dix (Bonn et al., 1972). Ces substances n'interfèrent pas avec le fonctionnement cognitif et ne causent pas de dépendance (Hartley et al., 1983). Des études récentes indiquent que le propranolol pourrait affecter la mémoire traumatique en réduisant l'intensité de la dimension émotionnelle du souvenir (Brunet et al., 2008 ; Pitman et al. 2002).

Les défenseurs des traitements pharmacologiques soutiennent que les inquiétudes du conseil sont reliées à l'usage quotidien du propranolol par le grand public et non à son usage avec des populations cliniques (Donovan, 2010). Selon

Donovan (2010), l'usage du propranolol pour prévenir le développement du TSPT est en partie problématique en raison de notre piètre capacité à prédire qui développera le TSPT. Un autre problème parfois évoqué concerne la capacité des personnes à donner un consentement éclairé afin de recevoir ces traitements préventifs. Donovan souligne toutefois que les effets secondaires du propranolol sont mineurs lorsque utilisé de façon préventive. Elle réfute la plus grande inquiétude du conseil, concernant la perte d'identité suite à une intervention pharmacologique, en rappelant que ceux qui souffrent du TSPT ont déjà perdu une partie d'eux-mêmes lorsque leur condition a interféré avec leur fonctionnement, leur stabilité et leur bien-être. Au contraire, l'usage du propranolol pour cette condition peut rétablir leur identité en les soulageant d'un fardeau émotionnel.

Donovan (2010) souligne également combien la mémoire est malléable et dégradable. L'identité individuelle n'est pas statique, mais, au contraire, évolue avec le temps. Étant donné ces capacités transformatives, l'objection voulant qu'un changement introduit par une drogue, ayant comme but de réduire la souffrance, peut avoir des implications négatives sur l'identité ne tient pas la route.

Donovan indique aussi que les scénarios dans lesquels les témoins d'un crime prendraient une drogue afin de réduire l'intensité de leur remords –à la Lady Macbeth- sont peu réalistes puisque ces drogues nécessitent une prescription et qu'aucune preuve à ce jour ne démontre qu'ils diminuent le remord ou la culpabilité.

Trachman (2007) rappelle que ce n'est pas toutes les personnes qui sont capables de faire face à un traumatisme, de gérer leurs émotions et de grandir d'une expérience traumatique. Avons-nous le droit moral de priver ceux sérieusement affectés par leur TSPT d'un traitement relativement facile à administrer et efficace ? En outre, ceux qui souffrent du TSPT sont plus susceptibles de s'auto-médicamenter avec de l'alcool ou des drogues non médicales (Hoge et al., 2004). L'usage du propranolol pourrait réduire ces comportements néfastes (Hall & Cater, 2007).

En conclusion, l'usage du propranolol pour le traitement du TSPT a une réputation trompeuse soit celle d'un traitement qui 'efface la mémoire'. On estime que cette substance se contente de dissocier la mémoire factuelle de son aspect émotionnel, En

d'autres mots, le sujet se rappelle de tout mais n'a pas l'impression de constamment revivre l'événement, pour son plus grand soulagement.

Références

- Bonn, J.A., Turner, P., Hicks, D.C. (1972). Beta-adrenergic receptor blockade with practolol in treatment of anxiety. *Lancet*, 814—815.
- Brunet, A., Orr, S.P., Tremblay, J., Robertson, K., Nader, K., & Pitman, R.K. (2008). Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 503-506.
- Donovan, E. (2010). Propranolol Use in the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Military Veterans: Forgetting Therapy Revisited. *Perspectives in Biology and Medicine*, 53 , 61-74.
- Hall, W., and A.Carter. (2007). Debunking alarmist objections to the pharmacological prevention of PTSD. *The American Journal of Bioethics* 7:23-25.
- Hartley, L.R., Ungapen, S., Davie, I. & Spencer, D.J. (1983). The effect of beta adrenergic blocking drugs on speakers' performance and memory. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 512 - 517.
- Hoge, C.W., et al. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Pitman, R.K., Sanders, K.M., Zusman, R.M., Healy, A.R, Cheema, F., Lasko, N.B., et al. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, 51, 189-192.
- President's Council on Bioethics. (2003). *Beyond therapy: Biotechnology and the pursuit of happiness*. Washington, DC: President's Council on Bioethics; Dana Press.
- Scriabine, A. (1979). Beta andrenoceptor blocking drugs in hypertension. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 19, 269-85.
- Trachman, H. (2007). Spinoza's passions. *The American Journal of Bioethics*, 7, 21-23.



Modèle de Soins et de Croissance Post-Traumatique

Un témoignage par Yaya de Andrade, Ph.D.

Il y a plus de 30 ans je me lançais dans l'étude du traumatisme psychique et dans la pratique de la psychothérapie avec des victimes de torture ainsi que celles ayant vécu des événements traumatiques. Mon apprentissage comporte deux facettes distinctes. D'une part, j'ai appris de mes collègues, psychothérapeutes et chercheurs évoluant ou non dans le même milieu de travail que moi. D'autre part, je suis continuellement étonnée par le nombre de patients, d'étudiants et d'individus que je forme et qui acceptent de partager avec moi leurs idées, leurs expériences, leurs stratégies d'adaptation, le support qui leur est offert, ainsi que les défis auxquels ils font face après un événement traumatique.

Des découvertes ne cessent d'émerger de ces rencontres, et avec elles de nouveaux défis. De meilleures pratiques se concrétisent et des rencontres en face à face dévoilent de nouvelles perspectives d'études grâce aux histoires qui y sont partagées.

Le rôle des thérapeutes prend une importance majeure dans notre monde puisqu'on voit des communautés ravagées par des conflits politiques et des désastres naturels.

Il n'est pas toujours facile d'écouter des témoignages de victimes en thérapie, même s'il n'est pas difficile pour les patients d'en parler. Nous offrons de l'espoir ainsi que l'information nécessaires aux victimes afin de les aider à gérer les conséquences de leur expérience traumatique. Nous offrons des méthodes spécifiques qui aident à atténuer les pensées intrusives et à réduire l'évitement. Nous apprenons à identifier et à traiter les symptômes rapportés et décrits, particulièrement ceux dont il est difficile de s'accommoder dans la vie de tous les jours.

En ce moment, je transmets à mes patients 3 choses que nous apprenons tous dans la vie : (1) nous avons *parfois* le contrôle, (2) sur *quelques* choses, (3) *quelques* fois. Évidemment, il y a beaucoup de choses qu'une personne *peut* contrôler, et elles sont souvent les cibles de la plupart des thérapeutes – c'est pour

cette raison que nous offrons des services psychologiques après des expériences traumatiques. Tout de même, notre rôle comme thérapeute n'est pas seulement de venir en aide aux victimes et de les aider à mieux comprendre leurs symptômes et l'impact à long terme du trouble de stress post-traumatique. Il est aussi de notre devoir de les aider à assumer le fait que leurs expériences traumatiques aient peu de chance d'être effacées de leur cortex, et que cela n'empêche pas une personne de vivre et même de bien vivre après une expérience horrible.

Il y a plusieurs exemples contemporains de personnes ayant été capable de retourner à leur vie normale, malgré les horreurs, douleurs et pertes qu'elles ont endurées. Leur vécu apporte beaucoup aux autres et cela d'une manière dont ils ne pensaient être capable auparavant. Nelson Mandela et Nick Hansen en sont de bons exemples. Ces derniers ont appris à surmonter leurs expériences traumatiques et les difficultés qui ont suivies et qui ont changé leurs vies et les vies des personnes autour d'eux. Ils continuent à démontrer qu'il y a un rétablissement, de l'intégration ainsi que de l'adaptation après un trauma. Les deux représentent le meilleur de l'humanité, de la résilience, de la compréhension et du courage.

Le domaine du stress post traumatique s'élargit sans cesse et on cherche à savoir pour quelles raisons certaines personnes arrivent à se remettre de leurs événements traumatiques alors que d'autres n'y parviennent pas. Cette question complexe est souvent soulevée à la télévision, dans les magazines et les livres ainsi que dans les journaux académiques qui décrivent des projets de recherche et des études de cas. Par exemple, le possible ajout d'une nouvelle catégorie dans le DSM-V, celui du trauma développemental, serait d'une grande utilité un plus du trouble de stress post traumatique.

Des érudits tel que le psychiatre Bessel van der Kolk essaient de démontrer que les personnes ayant vécu dans un climat de violence omniprésente et

ayant subi des viols durant leur jeunesse pourraient en ressentir les répercussions sur une longue durée et de manière bien plus complexe qu'on ne le reconnaît. De la même manière, le psychologue Martin Baro a passé sa vie professionnelle à souligner l'importance de comprendre le contexte psychosocial des expériences traumatiques. Les contextes où la polarisation sociale, les mensonges institutionnels, la violence et les viols sont infligés mènent à un trauma psychosocial omniprésent chez les individus, les familles et les communautés. Ceux qui vivent dans de tels contextes peuvent sentir que leur réalité personnelle n'est pas concrète, surtout quand elle est directement contredite par des rapports officiels. L'historienne Joan Simalchik souligne que la véritable histoire narrative est comprise différemment par la victime et le vainqueur.

Dans le domaine de la santé, il est bien établi que l'important dans le rétablissement n'est pas seulement le traitement qu'on reçoit, mais aussi comment l'individu perçoit sa condition. Il y a un nombre illimité de cas avec des maladies en phase terminale et des soins de longue durée qui continuent à avoir une excellente qualité de vie et qui surprennent leurs aides soignants. De la même manière, il y a des personnes qui ne tolèrent pas la douleur et se refusent à voir des côtés positifs dans leur environnement. Nous avons tous été témoins de l'impact du tremblement de terre d'Haïti. Il est important de se rappeler que suite à cet événement, certains seront capables de prospérer malgré leurs pertes et la destruction des environs, alors que d'autres auront besoin d'aide pour surmonter cette épreuve.

Chaque personne possède son propre bagage, sa propre vie familiale et sa propre culture. Chacun de ces aspects est tellement complexe qu'il est impossible de les réduire à de simples équations du type : « si tu as vécu cela, alors tu vas avoir ça » ou bien « si tu prends ça ou fais ça, tu iras sûrement mieux ». Mais qu'est ce que « mieux » signifie pour ces patients? Pour certaines personnes, bien dormir est une priorité, pour d'autres c'est peut-être d'être capable d'aimer à nouveau, de faire confiance ou encore d'être curieux face à la vie.

Comme plusieurs de mes collègues, j'ai intégré l'approche *mindfulness* à ma pratique, sachant que nous sommes influencés par ce qui nous touche et aussi par ce qui touche nos proches. Il est important de comprendre que nous avons une conscience et des valeurs qui nous mènent à avoir de l'empathie pour des situations dans lesquelles nous ne sommes pas directement impliqués. Vivre veut dire que nous devons faire face à des défis, des pertes et des changements. Une bonne thérapie aide les gens à réaliser que même si on ne se réveille pas de bonne humeur et que la journée est nuageuse, le jour est toujours ensoleillé et la nuit est toujours sombre. Ce sont des faits incontestables, mais ce qui se passe le jour et la nuit n'est pas si prévisible. Il est important de prendre ses responsabilités et de prendre soin non seulement de nous-même mais aussi des autres et de notre entourage.

Le stress post traumatique est un trouble envahissant. Après avoir eu l'opportunité de rencontrer des gens de différentes cultures ayant vécu une expérience traumatique individuelle ou collective, il n'est pas surprenant de voir que l'expression de ces personnes va du cri d'hystérie à l'abaissement des yeux lorsqu'elles relatent une période de cet événement. En tant que thérapeutes, nous reconnaissons et sommes témoins de tragédies, des difficultés de ceux qui nous racontent leurs expériences et nous espérons que ceux souffrant de stress post traumatique ne se laisseront pas aller à la vengeance ou entraîner dans la maladie mentale ou la reconstitution, mais plutôt vers la possibilité très réelle d'une croissance post traumatique.

yayadeandrade@hotmail.com