

SEPTEMBRE 2019 – VOL. 9 N° 2

L'EFFICACITÉ À LONG TERME DE LA THÉRAPIE COGNITIVE- COMPORTEMENTALE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE AVEC OU SANS TRAITEMENT DES CAUCHEMARS

Noémie Fiset^{1,*}, Thalie FLORES-TREMBLAY¹, Marie-Pier GABOURY¹ et Geneviève BELLEVILLE¹

¹ École de psychologie, Université Laval

* noemie.fiset.1@ulaval.ca

Pour citer l'article

Fiset, N., Flores-Tremblay, T., Gaboury, M.-P., & Belleville, G. (2019). L'efficacité à long terme de la thérapie cognitive-comportementale du trouble de stress post-traumatique avec ou sans traitement des cauchemars. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 9(2), 11-13.

L'EFFICACITÉ À LONG TERME DE LA THÉRAPIE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE AVEC OU SANS TRAITEMENT DES CAUCHEMARS

Noémie Fiset^{1,*}, Thalie FLORES-TREMBLAY¹, Marie-Pier GABOURY¹ et Geneviève BELLEVILLE¹

¹ École de psychologie, Université Laval

* noemie.fiset.1@ulaval.ca

Mots-clés : Trouble de stress post-traumatique; Thérapie cognitive-comportementale; Méthode de révision et répétition par imagerie mentale; Mesures de suivi

La thérapie cognitive-comportementale (TCC) est le traitement de première ligne pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT; Hembree & Foa, 2000). Elle diminuerait les symptômes de TSPT et améliorerait le sommeil et le fonctionnement quotidien (Belleville, Guay & Marchand, 2011; Bradley, Greene, Russ, Dura & Westen, 2005; Cusack et coll., 2016). Toutefois, des cauchemars peuvent persister après le traitement (Belleville et coll., 2011). Une combinaison de TCC du TSPT et d'une méthode de révision et répétition par imagerie mentale (RRIM) pourrait traiter à la fois le TSPT et les cauchemars.

L'efficacité de la TCC du TSPT se maintiendrait jusqu'à 20 mois après le traitement (Hembree & Foa, 2000). Quant à la RRIM, son efficacité pour améliorer le sommeil se maintiendrait jusqu'à 12 mois post-traitement (Casement & Swanson, 2012) et les cauchemars pourraient même continuer à diminuer pendant cette période (Forbes et coll., 2003). Une combinaison de TCC du TSPT et de RRIM permettrait de traiter les symptômes de TSPT et d'améliorer le sommeil et le fonctionnement, et elle diminuerait la fréquence des cauchemars de façon plus importante que la TCC du TSPT seule (Belleville, Dubé-Frenette & Rousseau, 2018). Toutefois, des mesures de suivi n'ont pas été rapportées dans l'étude. La présente étude vise donc à vérifier la présence d'améliorations additionnelles dans l'année après la TCC du TSPT (avec ou sans RRIM) sur les symptômes de TSPT et le sommeil. Il est attendu que des gains additionnels sur les symptômes de TSPT et le sommeil soient observés dans les 12 mois post-traitement. L'étude permettra aussi d'explorer si les gains s'étendent au fonctionnement quotidien et s'il existe des différences entre les conditions TCC du TSPT seule ou avec RRIM.

Méthode¹

L'échantillon est composé de victimes d'agression sexuelle, recrutées à Québec à l'aide d'entrevues téléphoniques. La *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)* est administrée aux individus pour diagnostiquer le TSPT. Quarante-deux

participants admissibles sont assignés aléatoirement aux conditions TCC du TSPT seule ou avec RRIM. Les participants de la condition TCC du TSPT avec RRIM ont cinq séances de RRIM. Ensuite, tous les participants bénéficient de 15 séances de TCC du TSPT. Au post-traitement et aux suivis à trois, à six et à 12 mois post-traitement, les participants complètent des questionnaires auto-rapportés pour mesurer les symptômes de TSPT, la détresse associée aux cauchemars, la qualité du sommeil, les comportements nocturnes perturbateurs et le fonctionnement. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants ainsi que les statistiques descriptives sont présentées dans le Tableau 1 et dans le Tableau 2, respectivement.

Résultats et discussion

D'une part, l'hypothèse stipulait qu'il y aurait des améliorations additionnelles sur les symptômes de TSPT et le sommeil dans les 12 mois après la TCC du TSPT (avec ou sans RRIM). En revanche, aucun effet significatif du temps n'est observé. Cela suggère un maintien des gains thérapeutiques observés dans Belleville et coll. (2018), ce qui est cohérent avec la littérature sur l'efficacité à long terme de la TCC du TSPT et de la RRIM (Casement & Swanson, 2012; Hembree & Foa, 2000). Également, l'un des objectifs exploratoires était de vérifier si l'amélioration des gains thérapeutiques allait s'étendre au fonctionnement quotidien. Or, aucun effet significatif du temps n'est observé, ce qui suggère que le fonctionnement reste stable après la thérapie.

D'une autre part, l'autre objectif exploratoire était de vérifier la présence de différences entre les conditions concernant l'évolution dans le temps. Les analyses montrent que l'évolution de toutes les variables ne diffère pas significativement selon la condition, ce qui suggère que l'ajout de la RRIM à la TCC du TSPT ne mène pas à une meilleure évolution que la TCC du TSPT seule. Ces observations sont cohérentes avec les résultats de Belleville et coll. (2018), qui n'ont pas observé d'améliorations additionnelles sur les mêmes variables au terme de la TCC du TSPT avec ou sans RRIM.

1 Cette étude s'inscrit en continuité avec celle de Belleville et coll. (2018). Dans la présente étude, les données de suivi de Belleville et coll. ont été étudiées.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants selon la condition de traitement

	TCC du TSPT seule (n = 16)		TCC du TSPT + RRIM (n = 18)	
	M	É-T	M	É-T
Âge au post-traitement	32,06	11,05	28,94	9,28
	n	%	n	%
Sexe				
Homme	2	12,50	3	16,67
Femme	14	87,50	15	83,33
Occupation				
Travail	5	31,25	7	38,89
Étudiant	9	56,25	8	44,44
Scolarité				
Collégial ou supérieur	12	75,00	16	88,89
Statut civil				
Célibataire	7	43,75	6	33,33
En couple	6	37,50	6	33,33
Divorcé/Séparé	0	0,00	1	5,56
Marié/Conjoint	3	18,75	5	27,78
Usage d'une médication	6	37,50	10	55,56
Comorbidité(s) psychiatriques				
Aucune	10	62,50	9	50,00
Anxiété	4	25,00	4	22,22
Dépression	3	18,75	6	33,33

Note. TCC = Thérapie cognitive-comportementale du TSPT; RRIM = Méthode de révision et répétition par imagerie mentale.

Compte tenu du petit échantillon et de l'abandon, il est possible qu'un manque de puissance statistique explique les résultats observés.

Somme toute, ces résultats, combinés à ceux de Belleville et coll. (2018), suggèrent que la TCC du TSPT permet de traiter les symptômes de TSPT et d'améliorer le sommeil et le fonctionnement quotidien de façon durable. Une combinaison de TCC du TSPT et de RRIM pourrait être utilisée en contexte clinique pour avoir un effet durable à la fois sur les symptômes de TSPT et le sommeil.

Références

Belleville, G., Dubé-Frenette, M., & Rousseau, A. (2018). Efficacy of imagery rehearsal impact therapy and cognitive behavioral therapy in sexual assault victims with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress, 31*, 591-601. doi:10.1002/jts.22306

Tableau 2
Moyennes et écarts-types à chaque temps de mesure selon la condition de traitement

	Post-traitement				3 mois				6 mois				12 mois											
	TCC seule (n = 16)		TCC + RRIM (n = 18)		TCC seule (n = 13)		TCC + RRIM (n = 13)		TCC seule (n = 11)		TCC + RRIM (n = 12)		TCC seule (n = 8)		TCC + RRIM (n = 9)									
	M	É-T	M	É-T	M	É-T	M	É-T	M	É-T	M	É-T	M	É-T	M	É-T								
MPSS-SR	25,81	18,29	24,23	16,61	23,5	19,85	26,19	18,45	26,23	16,44	26,15	20,95	28,52	16,72	30,09	19,44	27,08	14,53	27,14	21,45	28,31	28,33	26,11	14,68
PSQI	7,21	3,51	8,00	3,52	6,5	3,43	7,16	3,05	7,38	2,53	6,92	3,63	8,13	3,70	9,73	3,41	6,67	3,45	7,82	3,77	8,50	4,54	7,22	3,11
PSQI-A	5,59	3,28	6,50	2,66	4,78	3,62	6,27	4,50	6,62	3,54	5,92	5,48	5,96	3,62	6,45	3,08	5,50	4,15	8,35	7,27	9,00	7,67	7,78	7,31
NDQ	14,65	7,57	16,94	8,12	12,61	6,62	14,34	6,93	16,31	6,45	12,38	7,08	14,83	9,12	18,27	9,96	11,67	7,30	15,47	8,17	17,13	10,29	14,00	5,98
WHODAS	66,15	18,86	63,24	21,03	63,56	17,03	61,12	19,05	63,23	19,13	59,00	19,51	65,74	22,15	69,36	26,39	62,42	17,98	66,24	27,77	71,38	30,72	61,67	25,82

Note. TCC = Thérapie cognitive-comportementale du TSPT; RRIM = Méthode de révision et répétition par imagerie mentale; MPSS-SR = Modified PTSD Scale - Self Report; NDQ = Nightmare Distress Questionnaire; PSQI = Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI-A = Addendum for PTSD; WHODAS = World Health Organization Disability Assessment Schedule.

- Belleville, G., Guay, S., & Marchand, A. (2011). Persistence of sleep disturbances following cognitive-behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 318-327. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.09.022
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dura, L., & Westen, D. (2005). Multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for refugees. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Casement, M. D., & Swanson, L. M. (2012). A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: Effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 566-574. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.009
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., ... Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43(290), 128-141. doi:10.1016/j.cpr.2015.10.003
- Forbes, D., Phelps, A. J., McHugh, A. F., Debenham, P., Hopwood, M., & Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 509-513. doi:10.1023/A:1025718830026
- Hembree, E. A., & Foa, E. B. (2000). Posttraumatic stress disorder: Psychological factors and psychosocial interventions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(7), 33-39.

Pour citer l'article

Fiset, N., Flores-Tremblay, T., Gaboury, M.-P., & Belleville, G. (2019). L'efficacité à long terme de la thérapie cognitive-comportementale du trouble de stress post-traumatique avec ou sans traitement des cauchemars. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 9(2), 11-13.

LA DÉTECTION DES CONTINGENCES CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE SIX ET 18 MOIS

Laura FORTIN^{1,2*}, Catherine ST-PIERRE^{1,2}, Élodie ST-PIERRE^{1,2}, Émilie LANGLOIS^{1,2} et George M. TARABULSY^{1,2}

¹ École de Psychologie, Université Laval; ² Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF)

* laura.fortin.4@ulaval.ca

Mots-clés : Détection des contingences; Développement de l'enfant; Nourrissons; Risque psychosocial

La détection des contingences (DC) se définit comme la détection de la relation temporelle entre l'apparition de deux événements ou entre un comportement et un événement (Northrup, 2017). Ce concept, élémentaire dans la vie quotidienne, permet d'anticiper des événements et d'organiser ses comportements en fonction de prédictions. Diverses caractéristiques ont une influence sur les résultats à une tâche de DC (Lemelin, Tarabulsy & Provost, 2002; Northrup, 2017), et le niveau de risque psychosocial pourrait faire partie de ces aspects. Un milieu à risque se caractérise par un ensemble de facteurs susceptibles de diminuer la prévisibilité de l'environnement de l'enfant et d'augmenter la probabilité qu'il soit exposé à des éléments considérés négatifs pour son développement (Neuhauser, 2018). Les conséquences liées à l'exposition au risque psychosocial ont des répercussions sur le développement émotionnel, social et cognitif de l'enfant; des domaines pour lesquels la DC est importante (Spieker, Larson, Lewis, White & Gilchrist, 1997). Cependant, peu d'études ont exploré le lien entre l'écologie du développement de l'enfant et la DC, et aucune n'a utilisé de devis longitudinal. L'objectif de la présente étude

est d'examiner comment la DC évolue dans le temps et comment elle peut être influencée par le risque psychosocial auquel l'enfant est exposé.

Méthode

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale de plus grande envergure menée au Québec par Tarabulsy et Provost entre 1999 et 2001. De cet échantillon, 130 dyades mère-enfant, comprenant 78 mères adolescentes définies comme étant à haut risque sur le plan psychosocial et 52 mères adultes définies comme étant à faible risque, prennent part aux tâches de DC en laboratoire. Les critères d'inclusion chez l'enfant sont un poids à la naissance supérieur à 2 500 g et une absence d'anomalies physiques ou congénitales.

La tâche de DC est composée de deux phases. La phase du niveau de base est d'une minute et il n'y a pas de renforcement. La phase de contingence est de trois minutes, et chaque mouvement de bras est renforcé, pendant quatre