

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE APRES L'ACCOUCHEMENT : LE PHENOMENE DE LA NAISSANCE TRAUMATIQUE

J. Laurence Reynolds (Hopital de Winnipeg, Canada); 1997, CMAJ 156:831-5

Résumé

L'accouchement peut être une expérience très douloureuse, souvent liée à des sentiments de perte de contrôle. Il ne faudrait donc pas s'étonner que l'accouchement puisse être traumatisant pour certaines femmes. La plupart des femmes se rétablissent rapidement après l'accouchement, mais d'autres semblent avoir plus de difficulté. L'auteur affirme qu'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut suivre l'accouchement. Il qualifie cette variante "d'expérience traumatique de la naissance". Il y a très peu d'écrits sur la question. Les données probantes disponibles proviennent de séries de cas, de recherches qualitatives et d'études de femmes qui choisissent la césarienne pour des raisons psychologiques. La césarienne électorale illustre le comportement d'évitement typique du TSPT. Il y a de nombreuses façons pour les professionnels de la santé, y compris les médecins, les infirmières en obstétrique, les sages-femmes, les psychologues, les psychiatres et les travailleurs sociaux, de faire face à ces phénomènes. Ils peuvent notamment établir les antécédents médicaux avec soin pour déterminer si une femme a été victime d'un traumatisme qui pourrait entraîner un accouchement traumatisant, bien contrôler la douleur pendant l'accouchement et fournir, après l'accouchement, des soins attentifs qui incluent la compréhension de l'expérience vécue par la femme au moment de l'accouchement, et exclure la dépression postpartum. Des recherches beaucoup plus poussées s'imposent dans ce domaine.

"Je pouvais tout voir dans le miroir : les forceps, l'épisiotomie, tout mon corps ouvert. D'une certaine façon je n'étais simplement pas là. Je me sentais flotter autour depuis le plafond. Ce n'était vraiment pas à moi que cela arrivait." – L'expérience de son accouchement d'une femme.

La plupart des professionnels de la santé tendent à penser au traumatisme de la naissance en terme de blessure physique. Cependant, un accouchement peut être psychologiquement traumatisant aussi. Ceci ne devrait pas totalement nous surprendre. Il est reconnu qu'une importante morbidité psychologique peut provenir de problèmes liés à la reproduction, tels que stérilité, [1,2] grossesse pathologique, [3] fausse couche [4-7] et avortement. [8,9] Il est en partie reconnu que certains types de naissance, comme une césarienne en urgence, [10,11] peuvent être psychologiquement difficiles. Mais il apparaît que même une naissance d'apparence normale peut être traumatique pour certaines femmes.

Il y a deux facteurs fréquents dans l'accouchement qui le rendent potentiellement traumatisant : une douleur extrême et le sentiment d'une perte de contrôle. Les séquelles nuisibles à long terme de ces expériences commencent seulement à être reconnues. En Angleterre, une clinique de "stress post-partum" a récemment été ouverte pour donner des soins aux femmes qui ont subi un accouchement psychologiquement traumatique.[12]

Il y a quelques évidences qu'un petit pourcentage de femmes ont une expérience d'accouchement traumatique. Il apparaît que ceci est une variante peu reconnue du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le but de cet article est de décrire ce phénomène et d'examiner ses implications pour les professionnels de la santé qui s'occupent des femmes enceintes, incluant les médecins, les obstétriciens, les infirmières en obstétrique, les sages-femmes, les psychologues, les psychiatres, et les travailleurs sociaux.

Pour faire comprendre le concept d'expérience d'accouchement traumatique, je résumerai ce qui est connu à propos du TSPT jusqu'à présent, incluant sa plus grande fréquence chez les femmes, et passerai en revue l'évidence que le TSPT peut se produire après un accouchement.

Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ?

Le TSPT a été initialement décrit parmi les soldats américains qui ont servi dans la guerre du Vietnam. Pour ceux à risque, tels que ceux qui ont combattu, le taux de TSPT va de 3.5% parmi les vétérans qui n'ont pas été blessés, jusqu'à 65% parmi ceux qui ont été prisonniers de guerre.[13-16] Les statistiques sur la fréquence des TSPT au Canada sont indisponibles. Une étude américaine trouve un taux de fréquence de 1% dans la population en général,[17] bien que la fréquence puisse varier en fonction de la population étudiée.[18]

Le TSPT est caractérisé par 6 symptômes principaux (Appendice 1).[19] Un, la personne a un antécédant d'évènement traumatique durant lequel il ou elle s'est senti menacé par la mort ou une blessure importante et a réagit à cette menace avec des sentiments de peur ou d'impuissance. L'accouchement peut certainement être qualifié comme un tel évènement traumatique. Par exemple, une étude détaillée de l'estimation de la douleur des femmes pendant le travail montre que 60% des femmes primipares et 45% des femmes multipares ont subi des douleurs sévères ou extrêmement sévères pendant le travail, et la plupart ont rapporté que la douleur du travail était la plus intense de tout ce qu'elles avaient connu.[20] Pour la femme mentionnée au début de cet article, l'évènement était si effrayant qu'elle a vécu une dépersonnalisation, ce qui se produit souvent pendant un traumatisme.

Les autres critères du TSPT impliquent la réaction à l'évènement traumatique. Il y a une tendance à revivre l'expérience, à travers des flashbacks par exemple. La personne présente un comportement d'évitement ainsi parfois qu'une "hypervigilance", comme si elle essayait de s'assurer que l'évènement traumatique ne se répète pas. Elle est toujours en alerte par rapport au fait que cela pourrait se produire à nouveau. Les symptômes durent plus d'un mois et affectent la capacité de fonctionnement de la personne.

Bien que la plupart des recherches sur le TSPT se soient focalisées sur les traumatismes dus à la guerre ou aux catastrophes naturelles,[14] 3 études ont examiné la différence entre les sexes de la fréquence du TSPT dans la population. A la fin des années 80, Helzer, Robins et McEvoy[17] ont trouvé dans la population américaine un taux de fréquence de TSPT de 5 pour 1000 parmi les hommes et 13 pour 1000 parmi les femmes. Alors que l'exposition au combat était l'évènement déclenchant le plus fréquent pour les hommes, les attaques physiques (y compris le viol) et les menaces étaient les évènements les plus fréquents pour les femmes. Une femme dans l'échantillon avait un TSPT après une fausse couche. Des études plus récentes de Kessler et ses collaborateurs[21] et de Resnick et ses collaborateurs[22] ont également trouvé que le TSPT était plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Viol, attentat à la pudeur, agressions violentes étaient les plus fréquents des évènements déclenchants. Malheureusement, aucune de ces études ne contient la moindre enquête spécifique sur les expériences d'accouchement des femmes. Cependant, on peut être vraiment certain qu'un petit pourcentage de femmes en âge de procréer ont une histoire de TSPT.

Evidences de l'expérience de naissance traumatique

Pour recenser l'information disponible sur le concept d'expérience d'accouchement traumatique, une recherche systématique de la littérature a été réalisée. Nous avons cherché dans les bases de données de MEDLINE et Psycinfo en utilisant les mots clés "PTSD", "post-traumatic stress disorder", "stress disorder" ou "mental disorder", ainsi que des termes MeSH spécifiques ou des mots clés tels que "troubles puerpéraux" associés à des études de suivi à long terme. J'ai vérifié les références de tous les articles trouvés de cette façon dans le "Science Citation Index". J'ai aussi vérifié la littérature médicale actuelle et leurs bibliographies. De cette recherche, un total de 5 études et une communication personnelle a été trouvé.

Il y a quelques évidences qu'un évènement traumatique antérieur puisse prédisposer les femmes à des expériences de naissance traumatiques. Les critères de diagnostic du TSPT permettent

d'entrevoir pourquoi les femmes ayant un antécédant de TSPT peuvent être à haut risque pour subir une expérience de naissance traumatique. Les personnes ont une tendance à revivre l'évènement traumatique si quelque chose le leur rappelle.[19]

Une étude qualitative[23] examine les expériences de travail de femmes ayant subi une agression sexuelle – une cause connue de TSPT. Ces femmes ont noté que les sensations du travail leur rappellent celles de l'abus sexuel, et les mènent à revivre le traumatisme initial. Elles ressentent de la douleur, une perte de contrôle et une impuissance pendant les deux évènements. D'autres relations ont aussi été trouvées. Certaines femmes rapportent que le tuyau de la perfusion ou l'équipement du monitoring les ont faites se sentir ligotées, comme elles l'étaient pendant l'agression. Les directives des personnels soignants, telles que "écarter les jambes", "coopérez", ou "soyez une bonne fille", étaient semblables à celles utilisées par l'agresseur. Dans un compte-rendu d'accouchement donné par une femme ayant subi des abus sexuels enfant, elle rapporte que l'énorme pression de la tête du bébé dans son vagin était semblable à la sensation du pénis adulte dans son vagin lorsqu'elle était une enfant.[24] Résultant de cette association, elle fut incapable de pousser.

L'évidence la plus probante à ce jour de l'occurrence de TSPT après l'accouchement vient de deux études de séries de cas. Dans la première série, des psychiatres consultant en Angleterre décrivent 4 cas de TSPT pendant la période postpartum.[25] Ils notent qu'un travail long et compliqué et des sensations de perte de contrôle étaient des traits communs et décrits comme des aspects importants de l'expérience d'accouchement de chacune de ces femmes. Trois sur 4 ont eu des douleurs sévères et non soulagées. Tous les cas répondent aux critères de diagnostic du TSPT; ces femmes rapportent qu'elles ont revécu l'expérience du travail en rêves ou avec des flashbacks et qu'elles ont ressenti une très grande détresse ramenée par les souvenirs.

L'autre série de cas, en France, examine 10 cas de "la névrose traumatique post-obstétricale" sur 4400 naissances pendant une période de 2 ans, suggérant un taux de fréquence de 0.2%.[26] Ces femmes ont été identifiées pendant des grossesses ultérieures par les effets continus du traumatisme subi à l'accouchement précédent. Toutes ces femmes ont eu des accouchements longs et difficiles. Cinq d'entre elles ont eu une naissance assistée aux forceps, et 3 ont eu un enfant mort-né ou handicapé. Certaines des caractéristiques parmi ces femmes incluaient le délaissement de l'enfant et le retour des symptômes, notamment des cauchemars si terrifiants qu'ils provoquaient des insomnies, pendant le dernier trimestre de la grossesse suivante.

D'après deux études importantes réalisées en Suède, il existe une évidence suggestive que certaines femmes choisissent la césarienne pour des raisons psychologiques.[27,28] Ces études examinent des femmes qui ont choisi la césarienne pour des motifs personnels, soit 0.2% de toutes les naissances de l'hôpital ou l'étude a été menée. La césarienne programmée apparaissait être un moyen pour ces femmes d'éviter un traumatisme pendant le travail et la naissance. Comme noté précédemment, le comportement d'évitement est une caractéristique classique du TSPT.

Parmi les femmes multipares, il y avait deux raisons principales pour choisir une césarienne. La première était due à la peur associée au travail précédent, la peur de la douleur et de la difficulté à être aidée. La seconde était la peur de perdre le bébé; beaucoup de ces femmes avaient donné naissance à un bébé en très mauvais état ou avaient subi une césarienne en urgence effrayante lors d'une grossesse antérieure. Pour les femmes nullipares, c'est la peur d'une rupture vaginale qui leur a fait choisir une césarienne. Deux sur 5 femmes de ce groupe avaient été abusées sexuellement. Bien qu'ayant suivi une courte psychothérapie, 58% de ces femmes qui ont demandé une césarienne pour raisons personnelles continuent à persister dans ce choix.[28]

Implications cliniques

Sachant qu'une expérience d'accouchement traumatique est possible, qu'est-ce qu'un médecin est supposé faire ? J'ai vu 6 femmes ces dernières années dont la détresse persistente semble être enracinée dans le traumatisme qu'elles ont subi pendant le travail ou au moment de la naissance. Cette détresse a affecté leur capacité à nourrir au sein, à établir le lien avec leur enfant, et à

reprendre l'activité sexuelle; elle a aussi profondément affecté leur conscience de leur propre valeur. Elles ne peuvent se souvenir de la naissance de leur enfant qu'avec douleur, colère, peur, ou tristesse, ou elles ne se souviennent de rien, ce qui suggère une amnésie traumatique.

La Table 1 présente quelques suggestions pratiques que les professionnels de santé peuvent utiliser dans le suivi des grossesses, de l'accouchement, et de la période post-partum. Il n'y a pas de preuve de la validité de ces suggestions, mais elles s'ensuivent logiquement de ce que nous savons. Au départ, il est très important de connaître l'histoire de la personne. De précédents échecs répétés tels que fausse-couche, avortement, grossesse pathologique, et enfant mort-né, peuvent conduire la femme à l'impression d'être vouée à l'échec aussi en donnant naissance et en font une personne à haut risque pour une expérience d'accouchement traumatique. Un questionnaire sensible à propos de violences ou abus sexuels antérieurs peut aussi être utile pour déterminer si la femme a un antécédant de TSPT. On peut aussi poser des questions spécifiques à propos de cauchemars ou de flashbacks d'événements traumatiques. La difficulté à faire confiance aux autorités, de nombreuses questions, et des plans très détaillés pour l'accouchement, peuvent indiquer qu'une femme a un très grand besoin de contrôle et une très grande anxiété de l'accouchement.[29]

Pendant la naissance, 2 choses deviennent critiques : une bonne communication, qui permet à la femme d'avoir autant que possible le contrôle de la situation, et un excellent soulagement de la douleur. Aider une femme à garder le contrôle signifie stimuler la confiance et offrir des choix autant que possible.[29] Comme la douleur est un si grand facteur de traumatisme, soulager la douleur, tout en respectant le désir de certaines femmes d'éviter des médications, est une stratégie préventive vitale.

Etre en alerte du fait qu'une femme est en train de subir une expérience traumatique pendant le travail peut permettre des diagnostics précoces. Un important repli sur soi-même, le refus des touchers vaginaux, ou des cris hors de contrôle, sont des indicateurs de crise. Amener les femmes à exprimer ce qu'elles sont en train de vivre et reconnaître les sentiments de ces femmes peut être utile.

Les premières indications qu'une femme a eu une expérience de naissance traumatique peuvent n'apparaître que pendant la période post-partum. Il y a de toute évidence quelque chose qui ne va pas si, par exemple, une femme ne parvient pas à interagir avec son bébé, a des douleurs pelviennes vagues et persistantes, ou une colère inexplicable.

Cependant, les indications peuvent être plus subtiles. Encourager les femmes à parler de l'expérience de leur accouchement peut aider à identifier les problèmes. Les professionnels de santé devraient vérifier si la femme s'est senti menacée dans sa vie ou son intégrité physique, et si cela était associé à des sentiments intenses de peur ou d'impuissance. Ils devraient aussi demander si elle a des cauchemars ou des flashbacks.

Il est de la plus grande importance lorsque l'on prend soin d'une femme ayant des difficultés psychologiques en période post-partum d'éliminer la dépression post-partum.[30] La dépression post-partum apparaît en général 4 semaines après l'accouchement et inclut tous les critères d'une dépression grave (Appendice 2).[31] Bien qu'elles soient 2 entités distinctes, dépression post-partum et TSPT ne s'excluent pas mutuellement. Un événement traumatique peut aussi conduire à une dépression. Toute dépression devrait être traitée. Un recours aux services psychiatriques peut aussi être envisagé.

Le traitement du TSPT en général n'a obtenu qu'un modeste succès.[31] Les études des traitements utilisant des drogues telles que les inhibiteurs d'oxidase monoaminée, les antidépresseurs tricycliques, et les benzodiazépines suggèrent que ces médicaments ont un effet thérapeutique faible mais significatif. Les techniques comportementales impliquant une exposition thérapeutique ont aussi un effet bénéfique, particulièrement pour les symptômes intrusifs comme les flashbacks.[23]

La prise en compte de l'effet du TSPT dans la famille de la femme est aussi recommandée. Si l'enfant est délaissé car il ou elle rappelle à sa mère une expérience traumatique, alors des interventions pour protéger l'enfant sont nécessaires. Une assistance contraceptive permet d'éviter une nouvelle grossesse, ce qui pourrait retraumatiser la femme.

Certaines femmes tombent enceintes juste après une expérience de naissance traumatique. Elles peuvent demander un avortement dont la cause serait le comportement d'évitement[12], ou demander une césarienne.[27,28] Cependant, d'après ma propre expérience, en conseillant et en développant la confiance et le courage, certaines femmes repasseront à travers le travail et l'accouchement. Ceci peut être considéré comme un type de thérapie comportementale, et ne devrait pas être tenté avec des femmes souffrant d'autres désordres psychologiques.[32] Si la femme peut avoir une expérience positive de l'accouchement après une expérience traumatique, cela peut avoir un impact thérapeutique important. Ceci a été décrit comme "l'accouchement rédempteur".

Table 1 : approche thérapeutique proposée pour les femmes à risque

• Pendant la grossesse	: Relever soigneusement les antécédants
• Pendant l'accouchement	: Assurer une bonne communication Assurer un excellent contrôle de la douleur
• Après l'accouchement	: Encourager à parler de la naissance. Éliminer la dépression post-partum
• Grossesses suivantes	: Relever soigneusement les antécédants Considérer la possibilité de césarienne

Conclusions

La grossesse, le travail, et la naissance, sont des événements très forts de la vie d'une femme. La grande majorité des femmes apparaît récupérer rapidement après la naissance de leur enfant. Néanmoins, pour un petit pourcentage, l'accouchement les laisse avec une souffrance prolongée qui peut avoir un effet préjudiciable énorme sur leur vies et celles des membres de leurs familles. Des événements traumatiques antérieurs peuvent augmenter la probabilité qu'une femme ait une expérience de naissance traumatique.

Les preuves de l'existence d'un type de TSPT après l'accouchement sont minces mais irrésistibles. Une grande priorité devrait être donnée à la recherche dans ce domaine. En même temps, Il y a beaucoup de choses que les professionnels de santé peuvent faire pour aider à prévenir l'occurrence d'une expérience de naissance traumatique et à la prendre en compte thérapeutiquement si elle se produit.

Sans le courage de ces femmes (C,S,W,J,T,S and M) qui ont eu cette expérience, et la sagesse de celles (C,L,J,L and S) qui m'ont guidé dans la préparation de cet article, il n'aurait jamais été écrit.

Références

1. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992;58:1158-63.
2. Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14:45-52.
3. Farhi J, Ben-Rafael Z, Dicker D. Suicide after ectopic pregnancy [letter]. *N Engl J Med* 1994;330:714.

4. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, et al. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health* 1992;82:1332-9.
5. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, et al. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynecol* 1992;166(1 pt 1):104-9.
6. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br J Med Psychol* 1993;66(pt 4):363-72.
7. Manca DP, Bass MJ. Women's experience of miscarriage: a qualitative study. *Can Fam Physician* 1991;37:1871-7.
8. Speckhard A, Rue V. Complicated mourning: dynamics of impacted post abortion grief. Special issue: abortion and unwanted pregnancy. *Pre- Peri-Natal Psychol J* 1993;8(1):5-32.
9. Brown D, Elkins TE, Larson DB. Prolonged grieving after abortion: a descriptive study. *J Clin Ethics* 1993;4(2):118-23.
10. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 1992;157:172-4.
11. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:777-80.
12. Goldbeck-Wood S. PTSD may follow childbirth. *BMJ* 1996;313:774.
13. Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorders in the community: epidemiological study. *Psychol Med* 1991;21(3):713-21.
14. Weisath L. The stressors and post traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatr Scand* 1989;335(suppl);25-37.
15. Pitman R, Altman B, Macklin M. The prevalence of post traumatic stress disorders in wounded Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1989;146:667-9.
16. Kluznik J, Speed N, Van Valkenburg C. Forty year follow-up of US prisoners of war. *Am J Psychiatry* 1986;143:1443-6.
17. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 1987;317:1630-4.
18. Norris FN. The epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:409-18.
19. Committee on Nomenclature and Statistics, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: The Association, 1994:424-9.
20. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain [editorial]. *Pain* 1993;53:117-20.
21. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
22. Resnick HS, Kilpatrick D, Dansky B, Saunders B, Best C. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(6):984-91.
23. Rhodes N, Hutchinson S. Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth* 1994;21(4):213-20.
24. Rose A. Effects of childhood sexual abuse on childbirth: one woman's story. *Birth* 1992;19(4):214-25.
25. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PSTD) after childbirth. *Br J Psychiatry* 1995;166:525-8.
26. Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique mconnu de la puerpralit : la nvrose traumatique post-obsttricale. *Perspect Psychiatr* 1978;4:321-8.
27. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section: a retrospective study of 43 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:47-9.
28. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:280-5.
29. Klein M. Contracting for trust in family practice obstetrics. *Can Fam Physician* 1983;29:2225-7.

30. Gotlib IH, Whiffen BE, Mount JH. Prevalent rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and post partum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
31. Committee on Nomenclature and Statistics, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: The Association, 1994:386-7.
32. Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review. *JAMA* 1992;268:633-8.

Appendice 1: critères de diagnostique du trouble de stress post-traumatique

1) La personne a été exposée à un évènement traumatique pendant lequel les deux faits suivants étaient présents :

a) La personne a subi, ou a été témoin de, ou a été confrontée à, un ou des évènements qui impliquent une menace de mort ou une blessure sérieuse, ou une menace à leur intégrité physique ou à celle des autres.

b) La réaction de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

2) L'évènement traumatique est revécu de façon persistente de l'une ou plusieurs des manières suivantes :

a) Souvenirs angoissants récurrents et intrusifs de l'évènement, incluant des images, pensées, ou sensations.

b) Rêves angoissants et récurrents de l'évènement

c) Actions ou sensations que l'évènement pourrait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'expérience, illusions, hallucinations et flashbacks dissociatifs, y compris ceux qui se produisent en état de veille ou sous l'effet de drogues)

d) Détresse psychologique intense résultant de l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'évènement traumatique.

e) Réaction physiologique résultant de l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent ou ressemblent à un aspect de l'évènement traumatique.

3) Evitement persistant de tout stimulus associé au traumatisme et engourdissement de la capacité de réponse en général, comme indiqué par 3 ou plus des points suivants :

a) Efforts pour éviter des pensées, sensations ou conversations associées au traumatisme

b) Efforts pour éviter des activités, lieux ou personnes faisant surgir des souvenirs du traumatisme

c) Impossibilité de se souvenir d'une partie importante du traumatisme

d) Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres

e) Intervalle restreint d'affects (la personne est incapable d'avoir des sentiments d'amour)

f) Impression de n'avoir pas de futur (le patient ne croit plus faire carrière, ou avoir des enfants ou une vie normale)

Appendice 2: critères d'un épisode de dépression majeure

Cinq ou plus des symptômes suivants ont été présents les deux dernières semaines et constituent un changement par rapport à la situation antérieure; l'un au moins des symptômes est (1) soit une humeur dépressive ou (2) une perte d'intérêt et de plaisir.

- Humeur dépressive la majeure partie du temps, à peu près tous les jours, comme indiqué par une remarque subjective (e.g. la personne paraît triste ou vide) ou l'observation d'autres personnes
- Nette diminution d'intérêt ou de plaisir dans toutes ou la plupart des activités la plupart du temps, à peu près tous les jours
- Perte de poids notable sans régime; gain de poids; ou diminution ou augmentation de l'appétit à peu près tous les jours.
- Insomnie ou hypersomnie à peu près tous les jours
- Fatigue ou perte d'énergie à peu près tous les jours
- Sentiments que l'on a aucune valeur ou de culpabilité excessifs et inappropriés à peu près tous les jours
- Diminution de la capacité à penser et se concentrer, ou indécision, à peu près tous les jours.
- Pensées récurrentes sur la mort, désir de suicide sans plan déterminé, tentative de suicide ou mise au point d'un plan de tentative de suicide