

Cyril Tarquinio • Yann Auxéméry

Manuel des troubles psychotraumatiques

Théories et pratiques cliniques



DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-079634-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Cyril Tarquinio :
À mes trois enfants, Charlotte, Camille et Clément,
À ma femme avec qui tout peut être !
Au Professeur Gustave-Nicolas Fischer, sans qui rien ne serait !
À ma grand-mère Consolina

Yann Auxéméry :
À mes parents,
À mes maîtres de médecine et de psychologie,
À mes anciens camarades militaires.

Remerciements

Nous tenons à remercier plusieurs personnes qui nous ont accompagnés dans la rédaction de ce livre. Par leurs lectures, leurs critiques ou leurs suggestions, ils ont clairement contribué à le rendre plus clair, plus précis, plus juste... en un mot, à en faire un meilleur livre.

À Delphine Cordier Tragus, psychologue clinicienne, pour sa lecture « au millimètre » de tous les chapitres et ses nombreuses corrections, nous savons que ce fut un travail conséquent...
Merci !

À Camille Tarquinio, psychologue clinicienne, doctorante, pour sa lecture attentive, scientifique et clinique de l'ensemble des chapitres et ses corrections.

À Pascale Tarquinio, psychologue clinicienne, pour sa lecture critique, constructive et bienveillante de l'ensemble des textes.

Un immense merci aussi à nos ami(e)s et collègues Fanny Bassan, Eric Binet, Marie-Jo Brennsthul, Séverine Conradi, Sandra Mazaire, Murielle Smailovic, Olivier Piedfort, Jenny Ann Rydberg, Michel Silvestre pour leur lecture attentive et experte de certains chapitres spécifiques.

Table des matières

<i>REMERCIEMENTS</i>	V
<i>INTRODUCTION</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

DU TRAUMA AUX TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES

1. Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques	5
Du DSM-I au DSM-5, à propos d'un demi-siècle de classifications de plus en plus densifiées	7
L'évolution du facteur traumatique	9
Vers une nouvelle nosographie détaillée des troubles psychiques post-traumatiques	12
Formes cliniques post-traumatiques d'entités syndromiques ailleurs décrites dans la nosographie	17
Au-delà d'une classification diagnostique, les approches dimensionnelles et psychopathologiques permettent de considérer la singularité de chaque parcours clinique et thérapeutique	23
Conclusion	29
Bibliographie	30

2. Adversité et événements traumatiques durant l'enfance, psychopathologie et maladies chroniques à la vie adulte	36
Adversité et événements négatifs durant l'enfance : présentation générale	38
Définition et éléments épidémiologiques	41
Les conséquences des ACEs sur la santé psychologique et physique	46
Pour conclure avec l'épigénétique	56
Bibliographie	61
3. Adaptation et psychotraumatisme	69
Le coping, adaptation et psychotraumatisme	72
Les mécanismes de défense	86
Le traumatisme comme une ressource de vie : le cas de la résilience, du développement post-traumatique et du changement de valeur	93
Conclusion	108
Bibliographie	110
 <u>DEUXIÈME PARTIE</u> 	
LA RÉVOLUTION DISSOCIATIVE	
4. De l'identité traumatisée aux personnalités multiples	117
Les notions d'identité, de sujet et de personnalité interrogent la philosophie, la psychologie et la psychiatrie	118
L'impact des traumas sur le fonctionnement psychique adulte : les dimensions post-traumatiques de la personnalité	127
Les traumas comme déterminants structuraux de la personnalité	131
Conclusion	140
Bibliographie	141
5. Le traumatisme complexe	143
Le contexte d'émergence du trauma complexe	144
Commentaires sur les manifestations cliniques du trauma complexe	158
Conclusion	169
Bibliographie	170

6. Psychotraumatisme, dissociation et troubles dissociatifs	174
Un peu d'histoire : la dissociation selon Janet et Freud	176
La catégorisation diagnostique de la dissociation selon le DSM-5 et la CIM-11	188
La théorie de la dissociation structurelle de la personnalité	203
Conclusion	217
Bibliographie	218
7. Crises hystériques ou crises non épileptiques psychogènes (CNEP) ?	224
Les crises d'épilepsie et maladie épileptique	225
De la « grande attaque hystérique » à la crise psychogène non épileptique : une continuité phénoménologique ?	229
Qu'est-ce qu'une crise non épileptique psychogène aujourd'hui ? Comment la diagnostiquer avec certitude ?	234
Épidémiologie des crises non épileptiques psychogènes : des indices d'une origine psychotraumatique ?	239
Les CNEP : une expression du psychotraumatisme ?	243
Conclusion	248
Bibliographie	248

TROISIÈME PARTIE

LES FORMES CLINIQUES POST-TRAUMATIQUES

8. Les addictions du traumatisme psychique : des reviviscences aux substances psychoactives	257
Généralités concernant les mésusages de substances psychoactives	258
Données épidémiologiques : concurrence entre trouble de stress post-traumatique et consommation de substances psychoactives	264
Compréhension clinique de l'association des troubles post-traumatiques et addictifs	270
Modélisations neurobiologiques de la co-occurrence des souffrances addictives et post-traumatiques	277
Conclusion	278
Bibliographie	279

9. Traumatisme et deuil	283
Le deuil dit « normal »	285
Du deuil au trauma	292
Paramètres à prendre en compte dans le processus du deuil	307
Conclusion	311
Bibliographie	313
10. Les psychoses post-traumatiques : hallucinations, délires ou réalité ?	317
Notions de psychoses et de psychoses post-traumatiques	318
Les différentes formes anatomocliniques des psychoses post-traumatiques	324
Le concept de dissociation traumatique offre de cheminer au-delà des théoriques ruptures entre « névrose » et « psychose », ainsi qu'entre la commune opposition du « normal » et du « pathologique »	335
Conclusion	346
Bibliographie	347
11. Dépressions post-traumatiques	353
Les troubles thymiques : dépressions réactionnelles, unipolaires et bipolaires	354
Symptômes dépressifs et reviviscences : comorbidité ou expression voisine du psychotraumatisme ?	359
Formes cliniques des dépressions post-traumatiques	363
La prise en compte du risque suicidaire	372
Conclusion	376
Bibliographie	377

QUATRIÈME PARTIE

LES RÉPERCUSSIONS PSYCHOCORPORELLES DU PSYCHOTRAUMATISME

12. Quand le corps révèle les traumas : somatisations, conversions, atteintes psychosomatiques	383
L'intrication des souffrances somatiques et post-traumatiques : une réalité clinique plurielle	385
Les expressions anxieuses du trauma sont portées par les somatisations, l'hypochondrie et les douleurs chroniques	388

Les conversions : des troubles à l'origine psychotraumatique ?	393
Les affections psychosomatiques sont des lésions organiques causées par les facteurs de stress	402
Les syndromes somatiques psychogènes collectifs induits par les facteurs de stress	406
Conclusion	409
Bibliographie	409
13. Psychotraumatisme et douleur	414
Prévalence et données épidémiologiques	417
Définition de la douleur	418
Liens entre douleur et TSPT	423
Le cas spécifique de la douleur dans la fibromyalgie	431
La problématique de la douleur du membre fantôme	434
Douleur et attachement	437
Conclusion	439
Bibliographie	440
14. Conséquences réactionnelles et psychotraumatiques liées à la survenue des maladies chroniques	445
Dimensions psychopathologiques et traumatiques du cancer	447
Psychopathologie traumatique des maladies cardiovasculaires	458
Conclusion	467
Bibliographie	467
15. Conséquences des blessures cérébrales et psychiques	473
Historique et définitions des traumatismes crâniens et psychiques intriqués	474
Troubles psychiques après un traumatisme crânien : épilepsies, démences, psychoses, anxiété et dépression et trouble de stress post-traumatique	477
Comprendre les blessures cérébrales et psychiques : même combat !	482
Recherche de marqueurs radiologiques et biologiques des souffrances neuropsychiques post-trauma crânien	488
Conclusion	492
Bibliographie	493

CINQUIÈME PARTIE

SPÉCIFICITÉ DE CERTAINS PSYCHOTRAUMATISMES

16. Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent	504
Épidémiologie du TSPT chez l'enfant et l'adolescent	506
Une évolution importante du DSM-5 : trouble de stress post-traumatique (TSPT) de l'enfant de 6 ans ou moins	509
Le modèle étiologique de Fletcher (2003)	522
Le cas particulier des enfants victimes de violences sexuelles	528
Le syndrome de Münchhausen par procuration	531
Le traumatisme du lien	533
Conclusion	536
Bibliographie	536
17. Le trauma chez la personne âgée : une renaissance de la clinique	541
Le vieillissement	542
Les troubles post-traumatiques chez la personne âgée	544
Intrications des pathologies post-traumatiques et démentielles	548
Conclusion	552
Bibliographie	554
18. Les dimensions des violences sexuelles	557
Petites histoires et grande histoire	559
Les violences sexuelles : éléments épidémiologiques	565
Conséquences spécifiques des violences sexuelles	570
La coercition sexuelle	576
Le harcèlement sexuel : le contexte professionnel, un lieu propice !	578
Conclusion	582
Bibliographie	583
19. Dimensions culturelles du psychotraumatisme	589
Une question de culture, une question de lecture !	593
Dimensions culturelles et sociales du psychotraumatisme	601
Parcours de réfugiés, parcours traumatiques	607

Conclusion	611
Bibliographie	612

SIXIÈME PARTIE

LES DIMENSIONS COMPLÉMENTAIRES DU PSYCHOTRAUMATISME

20. Clinique pour l'expertise de réparation du dommage psychique	617
Cadre général de la réparation juridique du dommage	619
La nomenclature Dintilhac : guide général permettant d'évaluer les souffrances psychiques	626
La multitude des barèmes : vers l'actualisation et l'uniformisation ?	636
Les questions philosophiques soulevées par la réparation du dommage	648
Conclusion	650
Bibliographie	651
21. Expériences de mort imminente : comment revenir à la vie ?	653
Description historique et clinique	654
Épidémiologie, facteurs de risque et caractéristiques étiopathogéniques	656
Les EMI sont-elles un symptôme post-traumatique ?	660
Au-delà de la mort...	663
Conclusion	663
Bibliographie	664
22. Le syndrome psycholinguistique post-traumatique : vers un nouveau modèle du traumatisme psychique	665
Analyse critique de la littérature internationale concernant linguistique et traumatisme psychique	667
À propos d'une étude quantitative et qualitative récente analysant le discours de 15 sujets blessés psychiques de langue française grâce au logiciel Alceste [©]	674
Discussion générale des problématiques méthodologiques concernant l'analyse psycholinguistique pour l'espace de la psychotraumatologie : enjeux et perspectives	685
Conclusion	689
Bibliographie	690
23. Le confinement généralisé pendant l'épidémie de coronavirus	694
Les risques émergents des décès de masse : quels enjeux connus pour la santé publique ?	695

Les modèles scientifiques du confinement collectif : opérations militaires en zone hostile, hivernage polaire et missions aérospatiales, quarantaines imposées par un état d'urgence sanitaire	699
Conséquences cliniques du confinement sur les santés psychiques individuelles en population générale, chez les soignants et chez les patients déjà en souffrance psychologique : quelles contre-mesures ?	706
Adaptation du système de soins psychologiques et psychiatriques	714
Conclusion	717
Bibliographie	718

Introduction

DANS LA PRATIQUE, ce sont majoritairement les images intrusives ou les hallucinations, ainsi que les cauchemars, qui illustrent et caractérisent le plus souvent le traumatisme psychique. Mais le vécu traumatique s'exprime en réalité bien plus largement, à travers des symptômes protéiformes qui restent, aujourd'hui encore, trop souvent négligés par les professionnels et les chercheurs. Ainsi, au regard des récentes évolutions, il est possible de considérer que la littérature qui aborde habituellement la question du traumatisme psychique (ou psychotraumatisme) le fait en des termes sinon réducteurs, tout au moins répétitifs et univoques. On ne compte plus les ouvrages qui réduisent la question du psychotraumatisme à la célèbre « névrose traumatique », chère aux auteurs français, ou au trouble de stress post-traumatique, consacré par le DSM-5 et par les tenants d'une conception néo-béhavioriste de la psychopathologie. À vrai dire, le psychotraumatisme se révèle sous des dimensions de plus en plus variées, donnant lieu ainsi à de nouvelles conceptualisations qui ouvrent des pistes originales et prometteuses pour la clinique. Depuis les derniers attentats de Paris et de Nice, les choses ont changé dans notre pays. Une prise de conscience sociétale grandissante est apparue concernant les traumatismes collectifs (attentats, catastrophes naturelles, accidents industriels, guerres) et microsociaux (agressions, accidents de la route, accidents du travail). La psychotraumatologie est devenue une spécialité à part entière, et ce que l'on appelle « traumatisme » est analysé à travers des prismes multiples médicaux, neurobiologiques, psychologiques, psychanalytiques, sociétaux, anthropologiques... Le praticien peut observer la diversité des mécanismes traumatogènes (trauma unique et/ou multiple, atteinte de l'intégrité physique associée, survenue du trauma dans l'enfance et/ou à l'âge adulte, degré d'implication du patient dans la scène traumatique...), les nombreuses différences symptomatiques (trouble de stress post-traumatique, dépressions et deuils post-traumatiques,

psychoses post-traumatiques...), et les réponses cliniques variables aux traitements (rémissions complètes, partielles, à éclipses...). L'objectif de cet ouvrage est de détailler de manière totalement inédite les différentes formes cliniques des troubles psychiques post-traumatiques afin d'aider les soignants à mieux les identifier. Cet ouvrage approfondira et complétera le sillon ouvert par l'ouvrage de Tarquinio et Montel (2014), *Les dimensions multiples du traumatisme*. Ce nouvel opus se veut plus ouvert, plus riche, plus didactique et à la pointe de l'état des recherches dans le domaine. Mais surtout, il veut concentrer en un seul ouvrage un état des connaissances souvent disséminées et que les professionnels et les chercheurs ont du mal à rassembler. Cet ouvrage est composé de 24 chapitres regroupés en 6 parties qui éclaireront le lecteur sur la problématique du psychotraumatisme. Les étudiants de licence, master et doctorat y trouveront des éléments essentiels pour leur formation intellectuelle et clinique dans le champ de la psychopathologie du psychotraumatisme. Cet ouvrage pourra les guider tout au long de leur cursus de formation. Les cliniciens et les professionnels, qu'ils soient experts ou non du champ, pourront quant à eux enrichir leurs connaissances dans le domaine et s'ouvrir à des déclinaisons du psychotraumatisme inédites et parfois méconnues. Dans un même ouvrage, ils trouveront de nombreux éléments de connaissances susceptibles de les éclairer dans l'exercice de leur métier. Enfin, pour les chercheurs, même les plus avancés, ce manuel se révélera un outil qui leur permettra de s'ouvrir plus largement à la psychopathologie du psychotraumatisme en découvrant des perspectives qui, à n'en pas douter, ne pourront que les alimenter dans leur réflexion et leur exercice de la recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Tarquinio, C. & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.

PARTIE I

Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques

-
- **Chap. 1** Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques 5
 - **Chap. 2** Adversité et événements traumatiques durant l'enfance,
psychopathologie et maladies chroniques à la vie adulte 36
 - **Chap. 3** Adaptation et psychotraumatisme 69

LA PREMIÈRE PARTIE DE CE LIVRE se veut une introduction au champ de plus en plus vaste du psychotraumatisme. À se demander d'ailleurs ce qui n'est pas ou ne fait pas trauma de nos jours, tant la mode actuelle est de ramener les moindres manifestations psychopathologiques à la question du psychotraumatisme. Cette première partie s'articule autour de quatre textes distincts. Le premier s'intéressera aux différentes évolutions des définitions des troubles post-traumatique dans les classifications diagnostiques et statistiques. Cela permettra de mieux comprendre les descriptions actuelles et d'en cerner les limites. Il s'agira de proposer une définition précise du traumatisme psychique et de ses différentes formes cliniques. Dans un deuxième chapitre, nous présenterons la problématique de l'« adversité » dont les recherches et les implications, y compris pour les sciences médicales, restent encore méconnues de la plupart des spécialistes du psychotraumatisme. Nous définirons ce qu'est l'adversité, ainsi que ses modalités d'évaluation. Ensuite, nous envisagerons les conséquences que peuvent avoir ces expériences négatives vécues dans l'enfance sur la santé psychologique et la santé physique des adultes. Pour finir, nous envisagerons la problématique de l'adaptation dans le champ du psychotraumatisme en allant au-delà du sacro-saint concept de *coping* qui s'avèrera de fait trop réducteur et trop peu heuristique pour s'appliquer vraiment au champ du psychotraumatisme.

Chapitre 1

Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques

Une nouvelle nosographie construite à partir de l'approche clinique

La question du psychotraumatisme et plus spécifiquement des troubles post-traumatiques s'est, au fil des évolutions du DSM ou de la CIM, largement imposée dans le champ de la recherche comme dans celui de la pratique clinique. Cette histoire particulière des idées est importante car elle permet de comprendre comment au fil du temps les choses se sont constituées. Cependant, le psychotraumatisme ne peut se réduire aux troubles psychiques post-traumatiques. Il existe bien d'autres formes cliniques qu'il convient de connaître et d'identifier (troubles thymiques, deuil post-traumatique, troubles anxieux, phobies post-traumatiques, psychoses post-traumatique...). Par ailleurs, il est souhaitable d'adjoindre à l'évaluation clinique sémiologique une étude des processus psychopathologiques, aspect que nous aborderons dans le cadre de ce texte.

Dans le champ du trauma plus qu'ailleurs, « la clinique » a moins bonne presse que jadis. Peut-être parce qu'elle est vue, entendue ou appréhendée par beaucoup comme un indéfinissable, sorte de brume ou de magma insaisissable, incontrôlable et dangereux ? Elle entraîne même des peurs ! Pourquoi ? Peut-être du fait d'une complexité à justement la définir par les termes de la sémiologie ? Nous parlons ici de clinique psychiatrique, de clinique psychopathologique, de clinique phénoménologique. Mais qu'est-ce que « la clinique » ? Bien hasardeux celui qui voudrait en circonscrire une résolution immuable tellement cette clinique change, ou du moins ce qu'on rapporte d'elle, d'une époque à la suivante, d'un praticien à son confrère, d'un patient à un autre. Bien difficile de l'appréhender aujourd'hui avec un regard

uniquement scientifique quand bien même les technologies modernes offrent des perspectives passionnantes. Si de nombreuses spécialités médicales sont de plus en plus sous l'emprise de la technique, la psychiatrie et la psychologie restent plus que jamais de l'ordre de la clinique. Nombreux sont ceux qui s'inquiètent ici de l'appauvrissement d'une déjà concise description des troubles psychiques sans mise en perspective avec l'histoire du sujet, sa construction, ses souffrances, sa maladie parfois. Or, de la précision de l'analyse clinique dépendront autant les possibilités thérapeutiques que les éventuelles indemnités intégrant la réparation du dommage psychique. Spécifiquement pour l'espace de la psychotraumatologie où, dans le discours sociétal du moment, « tout » apparaît parfois question de « traumatique », de quoi s'agit-il réellement alors qu'en parallèle, les personnes victimes de trauma peinent parfois à faire reconnaître leur souffrance ? Cette impression de « dissociation » est peut-être à rechercher dans l'absence de consensus scientifique et clinique *de ce qu'est* un trauma sur le plan définitoire mais surtout *sur ce qui fait* trauma dans la vie d'un sujet.

Face à la grande richesse des formes cliniques des troubles psychiques post-traumatiques que nous référençons spécifiquement aux phénomènes des reviviscences, symptôme pathognomonique du trauma, les classifications internationales anglophones ou francophones semblent ténues. La nosographie actuelle paraît s'éloigner de la pratique clinique de terrain, peut-être car elle n'a pas évolué à la même vitesse. Mais également dans le champ de la recherche, force est de constater l'absence de découverte majeure utile au praticien de terrain depuis une décennie, notamment en neurobiologie ou en pharmacologie. Peut-être s'agit-il d'une difficulté à précisément définir les troubles post-traumatiques, ce qui gêne l'affinement de recherches cliniques et finalement, le développement de nouvelles stratégies thérapeutiques pharmacologiques ? Heureusement que l'espace pratique porté par l'avènement des psychothérapies a permis de densifier nos connaissances cliniques, en passant par l'apaisement des souffrances.

Grâce à un point de vue socio-anthropologique, nous abordons l'origine et les modifications définitoires du « trouble de stress post-traumatique » dans la classification diagnostique et statistique des troubles psychiques afin de mieux comprendre les descriptions actuelles et d'en cerner les limites. Puis, en nous basant sur notre expérience clinique enrichie des données de la littérature internationale, nous proposons une définition précise du traumatisme psychique suivie d'une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques, nouvelle au sens où elle apparaît plus détaillée et dynamique que toutes celles portées jusqu'alors. Nous focalisons ce travail sur les conséquences cliniques d'un traumatisme psychique unique survenant chez l'adulte (les traumatismes de l'enfant et les traumas répétés détiennent des spécificités cliniques abordées dans des chapitres dédiés). Après explicitation de la réaction clinique immédiate et des symptômes cardinaux chroniques, nous détaillons les formes cliniques thymiques, anxieuses et psychotiques des troubles psychiques post-traumatiques. Nous indiquons également les expressions somatoformes, les conséquences psychosomatiques

et somatiques (avec implication d'un traumatisme crânien éventuel), avant de préciser le retentissement traumatique sur les fonctions instinctuelles, les conduites, l'organisation de la personnalité, et les capacités d'adaptation professionnelles et privées. Enfin, nous discutons l'intérêt d'une nosographie générique en dépassant l'approche catégorielle au profit d'une compréhension dynamique et globale de l'organisation psychique singulière : quand bien même le contexte sociétal intervient, ce qui apparaît traumatique pour quelqu'un est de l'ordre de l'intime.

DU DSM-I AU DSM-5, À PROPOS D'UN DEMI-SIÈCLE DE CLASSIFICATIONS DE PLUS EN PLUS DENSIFIÉES

D'où vient le premier traumatisme psychique ? Quelle femme, quel homme, a-t-elle, a-t-il, éprouvé les premières reviviscences ? À quel moment de l'évolution des hominidés, voire, antérieurement, d'autres espèces ? Nous n'en savons rien. Sur certaines peintures rupestres répliquatives, nous pouvons supposer l'expression de reviviscences issues essentiellement de scènes de chasse, qu'on imagine assez effroyables à une époque où l'espérance de vie moyenne ne dépassait guère la quarantaine. Il faudra patienter quelques dizaines de milliers d'années pour lire les premières descriptions antiques de reviviscences, référencées à une politique expansionniste militaire : bataille de Marathon avec le premier cas de conversion décrite (~490 av. J.-C.), *Traité des songes* d'Hippocrate (~300 av. J.-C.) puis *De Natura Rerum* de Lucrèce (~70 av. J.-C.) évoquant les légions romaines. Ensuite, un phénomène intéressant s'accélère à partir du Moyen Âge d'un empire à l'autre en fonction des campagnes militaires et des époques troublées : l'ancêtre de la clinique des troubles psychiques post-traumatiques est régulièrement découvert, oublié, redécouvert, en suivant des truchements terminologiques. On parle de *nostalgie* pour les soldats de l'ancien régime, du *syndrome du cœur irritable* pendant la guerre civile américaine, du *syndrome du vent du boulet* lors des campagnes napoléoniennes ou encore de la *sidérodromophobie* d'Oppenheim, autrement nommée « névrose traumatique », décrite à l'occasion des premiers accidents de trains (Auxéméry, 2015 ; Hippocrates, 1923 ; Lucretius, 1910). Suivant cette dynamique, la question de la fiabilité du diagnostic psychiatrique devient prégnante à partir de la deuxième moitié du xx^e siècle où l'essor de l'épidémiologie et la généralisation de la pharmacopée rendent nécessaire de standardiser les diagnostics. Plusieurs rapports de l'Organisation mondiale de la Santé concluent qu'il est indispensable, afin de réaliser des études épidémiologiques internationales, que l'on utilise, partout sur le globe, les mêmes critères diagnostiques définissant les troubles psychiques (APA, 1952 ; Stengel, 1959). Les taxinomies internationales se développent avec la classification internationale des maladies, d'une part, et le manuel diagnostique et statistique des troubles psychiques publié par l'*American Psychiatric Association*, de loin le plus utilisé pour la recherche en santé mentale, d'autre part. Pour l'espace de la psychotraumatologie, la

classification américaine introduit en 1952 dans sa première édition les troubles psychiques secondaires à un facteur de stress dans le chapitre des troubles transitoires de la personnalité sous le terme de *gross stress reaction*, sans qu'il ne soit fait état de reviviscences (APA, 1952). Mais la mouture suivante publiée en 1968 supprima cette entité en refusant une place aux conséquences psychotraumatiques (APA, 1968). Pourquoi ? Aurait-on craint une contagion psychique parmi les troupes en pleine guerre du Vietnam (1955-1975) ? De retour au pays parmi les leurs, si certains soldats américains étaient accueillis en « héros », ils furent également fustigés par des « mouvements pacifistes » comme étant des « *baby killers* ». Une partie de l'opinion publique américaine comme nombre de soldats restaient choqués par la guerre et chacun cherchait une issue. Échappant initialement à l'administration par droit de cité dans la presse, la « nouvelle » entité de *post Vietnam syndrome* peut être interprétée telle une première tentative, pour la société, de chercher l'apaisement alors que les compagnies d'assurance demandaient des critères pour indemniser les *Guys* qui ne retrouvaient pas leur vie d'avant. L'existence des troubles post-traumatiques resurgit alors dans l'espace médico-psychologique sous la dénomination de *post-traumatic stress disorder* en 1980 à l'occasion de la parution du DSM-III (APA, 1980). Simplement rattachée au cadre des troubles anxieux, cette entité est décrite comme réactionnelle à un événement stressant patent qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Cette assertion a été reformulée dans la littérature comme une « réaction normale à une situation anormale ». Nous restons en effet cantonnés par cette définition à la notion de stress et de « moyennage » au détriment de la subjectivité individuelle. L'événement en cause est spécifié comme dépassant généralement le domaine des expériences communes, tels que le deuil, la maladie chronique, les mauvaises affaires ou les conflits conjugaux. Les exemples fournis mentionnent les agressions sexuelles, les guerres, les catastrophes naturelles, les accidents de la route, et les troubles induits par la déportation. L'atteinte physique concomitante au trauma psychique est surlignée, notamment celle constituée par une altération cérébrale suite à un traumatisme crânien. Concernant les constituants séméiologiques de l'« état de stress post-traumatique » selon la traduction française de l'époque, les symptômes dissociatifs sont considérés comme rares, ce qui paraît surprenant aujourd'hui. De même, les éléments dépressifs ou anxieux sont entendus à l'époque comme des « comorbidités » du trouble post-traumatique alors que nous pouvons aujourd'hui les intégrer à part entière dans le syndrome post-traumatique, nous y reviendrons en détail. Par une proportionnalité du stress adapté au stress dépassé, le DSM-III avance une solution de continuité entre l'état de stress post-traumatique et le trouble de l'adaptation où l'événement causal serait habituellement moins sévère et plus banal. Mais, quelques années plus tard, la révision de 1987 du DSM-III semble vouloir atténuer cette différenciation, en élargissant les exemples d'événements pourvoyeurs de stress post-traumatique à un danger ou un malheur important pour ses enfants, son conjoint ou autres parents proches et amis. Curieusement, s'opposant aux postulats fondamentaux du DSM prônant l'athéorisme, en tant que trouble réactionnel

résultant causalement du stress, l'état de *stress* post-traumatique s'éloigne volontairement de conceptions psychopathologiques pour rejoindre la neurobiologie. Peut-on postuler qu'affirmer une réaction physiologique réflexe permettait de limiter une réflexion psychopathologique et/ou sociologique ? Bien des années après la guerre, davantage de vétérans du Vietnam étaient morts par suicide à leur retour sur le sol américain que du fait des combats sur le terrain. Alors, prenant le contre-pied de la désobjectivation, se rapprochant de la psychiatrie francophone, une première évolution majeure de la définition de l'événement traumatique dans le DSM suivant, dans sa quatrième version de 1994, constitue l'émancipation d'une réaction de stress qui aurait bouleversé la majorité à un événement entraînant une réaction singulière chez un sujet donné. Ceci est particulièrement bien formalisé dans la version révisée de 2000 (DSM-IV-TR) qui redéfinit l'événement en cause selon deux composantes : (i) « objective » par le critère A1 mentionnant que le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée et (ii) « subjective » par le critère A2 précisant que la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, ce que l'on nomme aujourd'hui la « détresse per- et péri-traumatique » (APA, 2000). Enfin, dans cette progression définitoire jusqu'à nos jours, le DSM-5 ouvre pour la première fois une catégorie à part entière se différenciant des pathologies anxieuses : c'est l'apparition des *troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress* qui comprennent notamment le trouble de stress aigu et le trouble de stress post-traumatique (APA, 2013).

L'ÉVOLUTION DU FACTEUR TRAUMATIQUE

Mais le facteur traumatique ne constitue plus uniquement ici de vivre directement ou d'être témoin d'une confrontation à une scène horrifiante (mort, blessures graves, violence sexuelle, etc.). Le fait générateur peut aussi correspondre à la prise de conscience qu'un proche a vécu un événement traumatique, ce qui apparaît constituer un traumatisme « par ricochet ». La notion de brutalité est également remise en question puisque l'exposition répétée aux détails pénibles d'un fait horrifiant peut constituer un facteur causal de trouble psychique post-traumatique, ce qui semble un retour en arrière vers l'inclusion dans le champ des troubles de l'adaptation. Surtout dédié aux professionnels intervenants dans les suites de catastrophes, ce dernier critère ne s'applique pas à l'exposition via des médias électroniques ou la télévision, ou encore via des photos, à moins que cette confrontation ne soit encore liée au travail, ce qui constitue l'apparition dans la nosographie des traumatismes à distance, c'est-à-dire résultant d'une confrontation indirecte via les moyens de communication modernes. D'où ces évolutions proviennent-elles ? Les attentats du 11 septembre et les guerres subséquentes en Irak et en

Afghanistan ont probablement pesé. D'après certaines études suivant l'effondrement des *twin towers*, regarder la télévision chez soi pourrait entraîner jusqu'à près de 5 % d'états de stress post-traumatiques « à distance ». Du fait d'une proximité de l'épicentre et de proches blessés ou tués, des personnes peuvent développer une réaction anxiodépressive avec des ruminations incluant les images télévisuelles visionnées en boucle. Mais ces perceptions intrusives nous semblent davantage correspondre à des *flashbulbs*¹ qu'à un réel syndrome de répétition dont le risque de survenue dans un tel contexte apparaît quasi nul (Mol *et al.*, 2005 ; Romano & Crocq, 2010). Néanmoins cet événement historique majeur de l'attaque brutale d'une superpuissance sur son sol a profondément choqué la société américaine : faut-il foncièrement y reconnaître la modification des critères définissant le fait traumatique dans le DSM-5 ? D'un côté, cette dernière définition retient le caractère potentiellement *à distance* d'un trauma et même, l'exposition traumatique *indirecte* lorsqu'un individu apprend que l'un de ses proches a souffert d'un événement traumatique. D'un autre côté, le manuel paraît couper court à l'inflation traumatique en limitant aux seuls professionnels (enquêteurs, sauveteurs, agents administratifs travaillant au sujet du drame et encore, télépilotes de drones armés, etc.), la possibilité de survenue d'un traumatisme par l'intermédiaire des médias électroniques (vidéo, radio). Cette dichotomie ne possède aucune justification clinique. Malgré tout, comparativement aux manuels précédents, le DSM-5 offre la description du trouble post-traumatique la plus étoffée en détaillant les symptômes dissociatifs et dépressifs. En particulier, les *ecmnésies* sont intégrées comme témoignant de la dissociation. Les affects dépressifs sont référencés en tant qu'altérations négatives des cognitions et de l'humeur prenant la forme de croyances ou d'attentes négatives persistantes et exagérées, de distorsions cognitives persistantes, d'un état émotionnel négatif, d'une incapacité à éprouver des émotions positives, et d'une anhédonie. Toutefois, la logique axiale de l'algorithme diagnostique continue de privilégier la description des « comorbidités », syndromes entrevus séparément. Mais finalement, la définition du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5 ne tient qu'en une page et demie, ce qui ne saurait rendre compte, même de manière résumée, d'une description précise de ce qui constitue un événement traumatique, d'une part, et de la diversité des troubles psychiques post-traumatiques, d'autre part. Notons aussi au passage que peut apparaître contestable la volonté de séparer les troubles post-traumatiques aigus et chroniques qui témoignent en fait d'une continuité dont la temporalité peut varier de manière très importante d'un sujet blessé psychique à l'autre. Enfin, ces modifications de définitions au cours des rééditions limitent la comparaison entre les études scientifiques dont les postulats basés sur les DSM fluctuent, par définition même. La volonté des DSM, depuis leur création, de majorer la fidélité interjuges des diagnostics ne semble pas pleinement garantie. Certaines études

1. Flash mnésique bien référencé dans le temps et l'espace, sans caractère traumatique, tel se rappeler où l'on était lorsque l'on a appris un événement sociétal majeur comme un acte terroriste (sans être directement impliqué). Ce phénomène a été le plus étudié en référence à la mort de J. F. Kennedy, du 11/9, et de l'explosion de la navette spatiale *Challenger*.

épidémiologiques, publiées dans de grandes revues, aboutissent au paradoxe que davantage de syndromes psychotraumatiques seraient diagnostiqués chez des sujets confrontés à des événements de vie communs qu'à des événements terrifiants (Ahern *et al.*, 2004). Ces résultats pourraient-ils nous faire croire à la présence de syndromes post-traumatiques sans traumatisme psychique ? De notre point de vue, il ne s'agit que des conséquences d'une faible fiabilité de passation des échelles diagnostiques et/ou psychométriques, instruments calqués sur les critères nosographiques limités. La description d'un « symptôme » ne dit rien en elle-même du sujet, il y a nécessité d'une *interprétation du symptôme*, nécessairement lieu de subjectivités, du côté du praticien – autant que du côté du patient –, tous les deux intégrés au cœur d'un contexte culturel. Certains auteurs ont même avancé que les classifications rendent davantage compte d'un point de vue sociétal concernant les troubles psychiques, en miroir des idées du moment, que d'une description valide d'entités cliniques identifiées (Auxéméry, 2014, 2015). Alors que la clinique du traumatisme psychique et de ses conséquences peut être supposée assez constante depuis l'Antiquité, comme en témoigne nombre de descriptions littéraires, il convient de reconnaître la relative incapacité actuelle, dans les nosographies, à modéliser finement la richesse clinique des troubles psychiques post-traumatiques. Il nous est naturellement bien facile d'apporter certaines critiques près de quarante ans plus tard, qui plus est au sujet d'un manuel écrit aux États-Unis. Il est plus aisé de tenter une critique médico-anthropologique d'une société différente plutôt que de la réaliser sous nos propres latitudes, où, peu ou prou, les manuels de psychiatrie francophone n'abordaient naguère que trop peu la psychotraumatologie et encore, sans ambition de devenir référence internationale. La nosographie des souffrances psychotraumatiques reste ainsi ancrée dans l'histoire tout en mutant nécessairement pour répondre aux problématiques sociétales émergentes. À l'heure actuelle, la société dans son ensemble, ainsi que les praticiens de santé, sont plus enclins à s'intéresser en détail à la clinique des troubles psychiques post-traumatiques.

ENCADRÉ 1.1. DIFFÉRENCES SCHÉMATIQUES ENTRE STRESS ET TRAUMA (LES DEUX CADRES POUVANT TOUTEFOIS S'ASSOCIER ENTRE EUX)

Réaction de stress :

- ubiquitaire quel que soit le facteur de stress (psychique, somatique, sociale, etc.) ;
- proportionnelle entre intensité du stress et les troubles médico-psychologiques ;
- résolutive à l'arrêt du facteur de stress.

Traumatisme psychique :

- spécifique à un événement traumatique singulier ;
- non proportionnel mais traduisant une rupture brutale ;
- persistance à distance du trauma.

Gardons cependant à l'esprit qu'une modification nosographique peut entraîner des conséquences durables. La conception du traumatisme psychique qui a résulté du DSM-III fut adoptée par plusieurs générations de chercheurs, réduisant le traumatisme psychique à des déterminants physiologiques de réaction au stress en négligeant les dimensions psychopathologiques et sociologiques de la psychotraumatologie (Encadré 1.1).

VERS UNE NOUVELLE NOSOGRAPHIE DÉTAILLÉE DES TROUBLES PSYCHIQUES POST-TRAUMATIQUES

Si n'importe quel événement de vie peut entraîner des souffrances psychiques durables chez un sujet donné, celles-ci ne sont pas nécessairement « post-traumatiques » au sens de la psychiatrie et de la psychopathologie. En nous basant sur notre expérience clinique enrichie des données de la littérature francophone et anglophone, nous proposons une définition du traumatisme psychique et des symptômes post-traumatiques cardinaux avant de détailler les différentes formes cliniques des troubles psychiques post-traumatiques. Pour la clarté de l'exposé, nous débutons par la caractérisation de l'événement traumatique et de la phase de latence éventuellement subséquente avant de nous focaliser sur les symptômes post-traumatiques cardinaux (reviviscences, hypervigilance, évitements, dissociation). Puis, nous détaillons les différentes formes cliniques des troubles psychiques post-traumatiques : formes dépressives, anxieuses et psychotiques, atteintes corporelles, perturbations de la personnalité, mésusages de substances psychoactives, et difficultés d'inscription sociale.

► De l'événement potentiellement traumatique au trauma, puis à la phase de latence

Un événement potentiellement traumatique est une confrontation brutale et directe à la mort ou à une scène horrifiante (blessure grave pour soi ou autrui, agression, cataclysme, etc.). Tout événement violemment (Figure 1.1) perçu peut perturber l'équilibre psychique mais l'on parle d'événement traumatique lorsque la confrontation brutale à la mort ou ses « équivalents » est éprouvée avec une impression subjective de détresse per- et péri-traumatique caractérisée par des émotions négatives de peur, d'impuissance, de dégoût et/ou d'horreur. Ainsi, le diagnostic d'« événement traumatique » reste clinique sans préjuger d'une supposée « réalité objective » de circonstances factuelles. La notion de brutalité d'un événement « exceptionnel » est à comprendre au cas par cas. Par exemple, un soldat ou un personnel soignant peuvent côtoyer régulièrement la mort sans difficulté psychique apparente. Mais un jour, survenant parfois dans un contexte d'épuisement, de stress prolongé ou de bouleversement existentiel, une situation ressemblant à d'autres déjà traversées peut causer une blessure psychique. L'éprouvé traumatique témoigne d'un instant de faillite du langage,

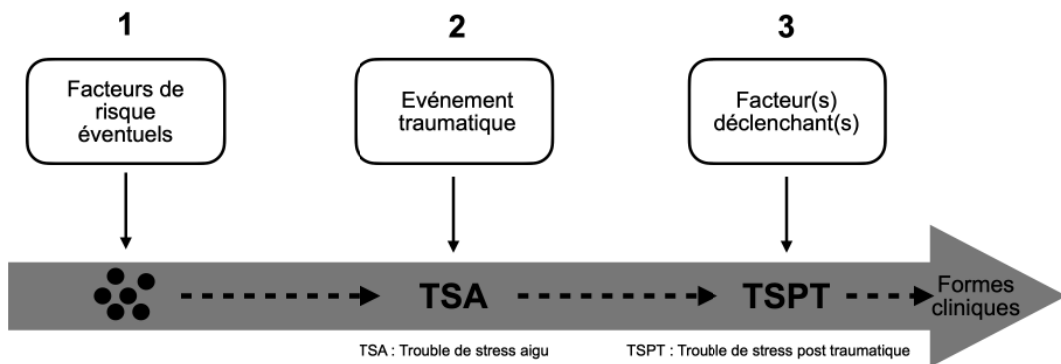


Figure 1.1. Une anamnèse temporelle en trois temps

indicibilité vécue dans un moment d'*effroi* encore appelé *dissociation* per- et péri-traumatique. Malgré l'homonymie, ce terme de « dissociation » ne correspond pas à la dissociation idéo-affective ni à la discordance en référence aux troubles schizophréniques. La *dissociation traumatique* rend compte de l'altération et/ou de la disjonction de fonctions de conscience normalement intégrées : mémoire, émotions, affects, sentiments, perceptions internes et environnementales, actions comportementales, et cognitions. Les symptômes dissociatifs peuvent se manifester par une modification des perceptions temporospatiales (ralentissement du temps, perception d'un grand silence), une déréalisation (impression que l'environnement est irréel, altération des perceptions sensorielles), une dépersonnalisation (impression de voir la scène de l'extérieur, sensation de morcellement du corps), des conduites motrices automatiques adaptées ou non, et une amnésie partielle ou étendue. Juste après l'événement traumatique, la clinique immédiate peut aussi être marquée d'agitation incoercible, de fuite panique ou, au contraire, de sidération et de stupeur... difficile souvent de faire la part des choses entre anxiété, crise d'angoisse aiguë, peur, angoisse voire même phobie (Encadré 1.2). Dans les premières heures, si l'angoisse prédomine souvent, des états confusionnels voire des expressions conversives et/ou psychotiques sont possibles.

ENCADRÉ 1.2. LES NOTIONS D'ANXIÉTÉ, DE CRISE D'ANGOISSE AIGUË, DE PEUR, D'ANGOISSE ET DE PHOBIE PLUS DURABLE

L'*anxiété* est un ressenti qui peut être présent en réaction à des stress de la vie quotidienne, à des événements de vie intenses et/ou à des troubles psychiques (anxiété généralisée, trouble panique, phobies et trouble de stress post-traumatique). L'attente anxieuse constitue un état d'alerte et de tension, une inquiétude sans objet défini mais parfois secondairement attribuée, par reconstruction. Cette attente anxieuse est souvent une *anxiété anticipatoire*, définie par la peur d'avoir peur, soit la crainte de réaliser une prochaine crise d'angoisse aiguë. La *crise d'angoisse aiguë* (ou attaque de panique)

submerge brutalement le sujet à n'importe quel moment, seul ou en public, et sans caractère nécessairement réactionnel à une situation ou une pensée anxiogène. Les symptômes se déploient ainsi : angoisse sans objet précis, sentiment de danger imminent, déréalisation, dépersonnalisation, détresse, peur de mourir ou de perdre la raison. Le sujet devient pâle, tachycarde, en sueurs et possède une respiration haletante. Son comportement est soit l'agitation soit la prostration. La crise peut durer de quelques minutes à quelques heures mais cède dans tous les cas de manière rapide. Les manifestations somatiques sont souvent au premier plan avec expressions cardiovasculaires (palpitations, lipothymies, précordialgies), respiratoires (dyspnée, hyperventilation avec crise tétaniforme), digestives (spasme pharyngé avec impression de boule œsophagienne, spasme digestifs coliques), génito-urinaires (douleurs pelviennes, pollakiurie, troubles sexuels) et neurologiques (céphalées, lombalgies, bourdonnement d'oreille, instabilité, sensation vertigineuse, instabilité à la marche). Le tableau anxieux est souvent contemporain d'une hyperesthésie sensorielle avec intolérance aux bruits et hyperémotivité.

La peur est l'une des émotions comme la colère, la tristesse, la joie, le dégoût ou la surprise. Sensation instinctive surgissant brutalement en présence ou à l'évocation d'une menace, elle est compréhensible voire partagée par tous les protagonistes présents comme mécanisme normal d'adaptation à l'environnement. Mais adaptation qui peut être dépassée en prenant l'expression de fuite panique, d'agitation stérile (*Flight*), ou de sidération (*Freeze*). Lorsqu'elle est adaptée, la peur peut aussi permettre de faire face à une situation difficile (*Fight*).

Proche de l'émotion de peur, l'angoisse caractérise un sentiment de danger vague et injustifié voire disproportionné vis-à-vis du facteur déclenchant éventuel, lorsque celui-ci est identifié. L'angoisse peut donc être définie comme une peur pathologique, tant cet état de souffrance psychique qui désorganise les capacités d'adaptation apparaît irrationnel pour la personne concernée comme pour son entourage. Également, la phobie est une « peur irrationnelle », angoisse surgissant dans des circonstances spécifiques mais exemptes de danger objectif et pouvant aboutir à une crise d'angoisse aiguë. La phobie est spécifiquement déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas objectivement de caractère dangereux. Elle disparaît en dehors de cet objet ou de cette situation. Les phobies les plus fréquentes en population générale sont la phobie des lieux publics (agoraphobie), la phobie des lieux clos (claustrophobie), la phobie sociale (difficulté d'évoluer, de parler, de manger en public), les phobies aviaires et arachnophobies, la phobie des hauteurs associant concomitamment peur et attirance pour le vide, la phobie des maladies (nosophobie dont cancérophobie) la phobie des transports dont l'avion, et les phobies d'objets (aiguilles, couteaux). Notons ici le cadre nosologique singulier des phobies d'impulsions définissant des craintes de passages à l'acte auto-agressifs (défenestration, précipitation sous une voiture) ou hétéro-agressifs, souvent envers le milieu familial (phobie de jeunes mères redoutant de blesser leur enfant). Ces patients n'ont pas la volonté de réaliser leur acte et sont totalement conscients du caractère abscons de leurs pensées. Une lutte anxieuse s'établit contre ces pensées impulsives obsédantes. Apparaît souvent secondairement une crainte non d'avoir l'impulsion elle-même, mais d'avoir la pensée de cette même impulsion. Pour toute phobie, trois types de comportements sont classiquement associés à l'angoisse : (i) des conduites de réassurances par ritualisation de pensées ou de comportements (par exemple rituels de comptage, toujours marcher du même côté du trottoir), avec parfois la présence d'objets ou de personnes contraphobiques qui permettent d'éviter le surgissement de l'angoisse en présence de la situation phobogène, (ii) l'évitement systématique de la situation phobogène avec des stratagèmes d'aménagement, (iii) et la fuite en avant par l'affrontement direct de la situation susceptible de générer l'angoisse.

Alors que des reviviscences sont fréquentes dans les heures et les jours suivant le trauma en constituant un trouble de stress aigu, elles disparaissent ensuite classiquement au profit d'une période de latence, souvent éclipsee par les classifications et qui peut se prolonger quelques jours à quelques années (des périodes de plusieurs décennies ont été décrites) (Andrews *et al.*, 2007 ; Solomon *et al.*, 1989). Cliniquement peu structuré au plan symptomatique, ce temps de latence s'achève par un retour des reviviscences rappelées à la mémoire par un trait associatif généré d'une perception implicite ou d'une pensée consciente évoquant le trauma. Plus rarement, le facteur déclencheur pourra être un événement heureux et apparemment éloigné des circonstances traumatiques initiales. Une évolution chronique « *par éclipses* » peut ensuite faire alterner des périodes pauci-symptomatiques à des phases où les symptômes post-traumatiques sont intenses (Alarcon, Glover & Deering, 1999 ; Brady, 1997 ; Bremner *et al.*, 1996 ; Waddington, Ampelas & Mauriac, 2003). Ainsi, le diagnostic d'événement traumatique implique la subjectivité d'un sujet et peut être porté dans les suites immédiates du trauma ou, *a posteriori*, d'autant que des reviviscences ont été ou sont encore authentifiables.

► **Les quatre symptômes cardinaux (reviviscences, hypervigilance, évitements, dissociation) et les autres symptômes post-traumatiques**

Les reviviscences sont le symptôme pathognomonique (Figure 1.2) du syndrome de répétition où le sujet revit précisément à l'identique, comme s'il y était encore, la scène traumatique accompagnée de sa charge de détresse et de dissociation. Les perceptions, sensations et éprouvés gardent leur caractère brut. Les reviviscences surviennent principalement lors du relâchement de la vigilance, pendant le sommeil où ils prennent la forme de cauchemars, et en période de veille où ils sont nommés *ecmnésies* (ou « *flashbacks* »). D'autres types de répétitions traumatiques existent : souvenirs intrusifs perçus comme distincts des faits originaux, ruminations mentales stéréotypées concernant l'événement traumatique et ses conséquences, illusions de reviviscence lorsque le sujet croit reconnaître des éléments de la scène traumatique dans son environnement, phénomènes moteurs élémentaires réitérant la réaction motrice contemporaine de l'événement, conduites de répétition (fugues, pleurs, conduites auto- ou hétéro-agressives), impulsions à raconter ou écrire l'événement (Crocq, 1999).

Limitant la survenue d'une nouvelle confrontation traumatique réelle, ou par les reviviscences, deux autres symptômes post-traumatiques également qualifiables de cardinaux sont constitués par l'hyperactivité neuro-végétative maintenant un niveau de vigilance élevé (état d'alerte permanent, réaction de sursaut, irritabilité, agitation motrice, etc.) et par les stratégies d'évitement cognitives et comportementales des stimuli pouvant éveiller la mémoire traumatique (lieux, activités, personnes, objets, sensations internes, etc.). Autre symptôme majeur, la dissociation post-traumatique diffuse souvent, au-delà des reviviscences,

par le développement d'une tendance basale aux phénomènes dissociatifs (amnésie, fugue dissociative, trouble de dépersonnalisation, crise psychogène non épileptique, etc.) (Briere, Scott & Weathers, 2005 ; Reuber *et al.*, 2004). Mais au-delà de ces définitions, si le *trouble de stress post-traumatique* (TSPT) reste la description syndromique la plus connue, les troubles psychiques post-traumatiques sont bien plus riches dans leurs expressions cliniques. Ces troubles associent au syndrome de répétition de nombreux symptômes, parfois dénommés « aspécifiques », du fait de leur présence dans d'autres troubles psychiques. Or, tout comme l'hypervigilance et les évitements, ils gardent un lien clinique étroit avec le fait générateur sans être des « comorbidités » ou des « complications » (Brady, 1997 ; Bremner *et al.*, 1996), mais en caractérisant d'authentiques formes cliniques post-traumatiques. Peuvent s'associer à divers degrés des troubles de l'humeur (essentiellement dépressifs), des deuils pathologiques, des troubles anxieux (phobies, trouble panique, anxiété généralisée, etc.), des troubles psychotiques, des troubles somatoformes et psychosomatiques, des troubles des fonctions instinctuelles, des troubles des conduites, des mésusages de substances psychoactives (alcool et médicaments surtout), et des modifications de la personnalité. Au gré de fluctuations tant qualitatives que quantitatives, ces différents symptômes post-traumatiques ne sont pas toujours en phase dans le temps mais oscillent entre éclipses et résurgences (Figure 1.3).

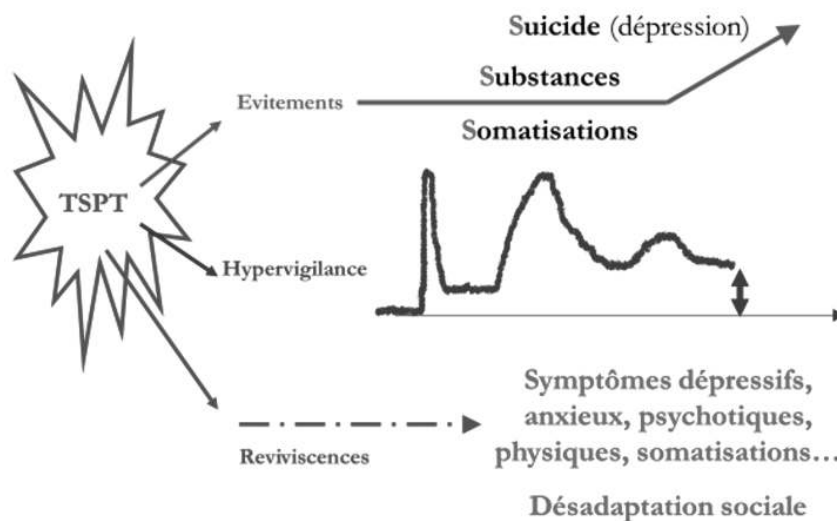


Figure 1.2. Évolution symptomatique dans le temps

Le syndrome de répétition peut s'estomper, voire même disparaître, tandis qu'apparaissent ou s'accroissent d'autres souffrances. En l'absence de soins, l'évolution peut être invalidante avec