

L'ABC des psychotraumas

Approches Biologiques
et Cliniques des psychotraumas



Frédéric CANINI
Wissam EL-HAGE
René GARCIA
Gaëlle ABGRALL
Isabelle CHAUDIEU
Dominique Rachel LÉVY
Marion TROUSSELARD



Définitions et histoire du trouble de stress post-traumatique

Fabian Guénolé et Eric Bui

1. La psychopathologie traumatique est entrée dans la nosographie médicale à la fin du XIX^e siècle, sous les appellations « névrose traumatique » puis « névrose de guerre ».
2. L'évènement potentiellement traumatique se caractérise classiquement par son anormalité et son extériorité, ainsi que par la subjectivité de son effet.
3. Le *post-traumatic stress disorder* a été diffusée en 1980 par l'Association américaine de psychiatrie dans les suites de la guerre du Vietnam, puis mis à jour en intégrant progressivement tous les types d'évènements traumatiques civils.
4. La notion plus récente de « trouble de stress post-traumatique complexe » provient principalement de l'étude des victimes d'abus dans l'enfance et désigne un trouble de stress post-traumatique avec symptômes associés, dont des problèmes de régulation émotionnelle, de conception de soi et de socialisation.

1 • État de l'art

1.1. Introduction

Du grec τραῦμα, qui signifie « blessure », le mot « trauma » a été utilisé depuis la médecine antique pour désigner une atteinte des tissus vivants causée par un agent externe. On trouve aussi dès l'Antiquité des mentions de symptômes considérés aujourd'hui comme « psychotraumatiques », par exemple les « rêves de combat » des guerriers chez Hippocrate [1], mais c'est à la fin du XIX^e siècle que l'utilisation du mot « trauma » s'est étendue à la psychopathologie avec la notion de « névrose traumatique », préfiguration du trouble de

stress post-traumatique (TSPT) contemporain [2]. À partir de là, les événements potentiellement traumatiques ont été décrits dans la littérature psychiatrique, avec des caractéristiques fréquentes que l'on peut regrouper en trois thèmes : l'anormalité et l'extériorité de l'évènement, ainsi que la subjectivité de son effet.

L'anormalité de l'évènement traumatique correspond au fait qu'il ne fait pas partie du champ habituel de l'expérience, en raison à la fois de la surprise qu'il constitue et de la menace immédiate pour l'intégrité de soi qu'il représente. Le caractère surprenant de l'évènement traumatique est lié à son imprévisibilité : ce qui se produit est inédit, l'individu n'a aucune expérience pouvant guider précisément sa réaction. La menace immédiate pour l'intégrité de soi concerne la peur de mourir ou de subir des violences physiques graves (liée éventuellement à l'observation de violences faites à d'autres que soi). Elle implique classiquement un choc émotionnel négatif d'une intensité extrême, de l'ordre de l'effroi.

L'« extériorité » de l'évènement traumatique correspond à ce qu'il est censé être vécu par l'individu comme quelque chose qui le dépasse, sur quoi il n'a pas de prise, et qui déborde de ce fait ses capacités d'adaptation. Cela ne signifie pas nécessairement la passivité de l'individu devant l'évènement, il peut avoir une réaction active quelle qu'elle soit, mais qui ne permet pas d'y faire face à proprement parler. L'anormalité effrayante et l'extériorité de l'évènement sont réputées générer un sentiment d'anéantissement, l'idée de la disparition de soi et de ce qui compte pour soi, c'est-à-dire la confrontation au néant.

L'anormalité et l'extériorité de l'évènement traumatique dépendent de son vécu par le sujet et du sens qu'il revêt. Ce sont les effets subjectifs d'anéantissement puis de rupture sémantique dans l'identité du sujet et de son rapport au monde qui différencient l'évènement traumatique d'un évènement stressant autre [3]. S'il est vrai que certains évènements seraient effroyables pour pratiquement tout être humain, la subjectivité traumatique rend potentiellement compte de variations qui peuvent exister selon l'âge, la personnalité, ou la culture.

1.2. La névrose traumatique

La notion de « névrose traumatique » date de la fin du XIX^e siècle, lors du développement du chemin de fer en Europe occidentale. Plusieurs médecins anglais décrivent à ce moment le « *railway brain* », pour désigner des symptômes d'allure neurologique chez des accidentés, alors attribués à des micro-lésions cérébrales [2]. Le neurologue allemand Hermann Oppenheim utilisera en 1888 l'expression « névrose traumatique », mettant l'accent sur l'incapacité anxieuse durable de certains patients à reprendre le train, la « sidérodromophobie » [2]. La multiplication des cas chez les travailleurs des villes industrielles suscite

des travaux de médecine légale, concernant l'aptitude au travail et l'indemnisation des malades; ceci favorise l'entrée de la névrose traumatique dans les traités de psychiatrie, comme celui de Kraepelin en 1896.

Auparavant, Jean-Martin Charcot avait contesté l'autonomie de la névrose traumatique, qu'il considérait comme une forme d'hystérie («hystéro-neurasthénie après choc nerveux»), en raison principalement de la sensibilité à l'hypnose de ses patients accidentés parisiens [4]. Comme pour l'hystérie en général, Charcot postulait pour facteur étiologique principal le terrain «nerveux» des patients, vulnérables aux émotions fortes.

Deux anciens élèves de Charcot, Pierre Janet et Sigmund Freud, ont poursuivi dans cette direction, en approfondissant les aspects psychopathologiques. Ils considéraient tous les deux la névrose traumatique comme l'équivalent, pour un choc psychologique survenu à l'âge adulte, de l'hystérie, censée elle comporter un traumatisme dans l'enfance. Janet supposait une «dissociation de la conscience» sous l'effet du traumatisme, dont une partie restait fixée sur l'évènement [5], ce que Freud nommait «réminiscence» [6]. Tous les deux préconisaient alors un traitement par l'hypnose, mais avec cette fois des différences: Janet proposait l'exploration du traumatisme sous hypnose, puis sa modification par suggestion hypnotique; Freud proposait la «catharsis», la remémoration sous hypnose de l'évènement pour en abrégir les affects et rétablir une continuité de la mémoire.

1.3. La névrose de guerre

Forgée dès le début du xx^e siècle pour désigner une variété étiologique de la névrose traumatique, l'expression «névrose de guerre» fut utilisée au cours de la première guerre mondiale à propos de l'«obusite» (*shell-shock*): de nombreux soldats des tranchées atteints par l'onde de choc d'une explosion étaient retrouvés dans un état stuporeux s'accompagnant de symptômes dissociatifs et conversifs. Le caractère psychogène de l'obusite était reconnu et le traitement, peu efficace, basé sur la persuasion et la faradisation. Il était souvent noté dans les suites une introversion de la personnalité des malades [2,4].

La seconde guerre mondiale causa aussi beaucoup de névroses de guerre chez les militaires, et également chez les civils du fait des bombardements aériens. Le mot «stress» apparaît chez les psychiatres militaires états-uniens (à la place de «névrose»), avec ainsi un accent non plus sur la fragilité personnelle du malade, mais sur l'intensité des circonstances. Les soldats traumatisés sont alors soignés par des méthodes cathartiques et bénéficient de convalescence à l'arrière du front. Bien après la guerre seront décrits le syndrome KZ (*konzentrationlager*) des survivants des camps d'extermination nazis (Léo Eitinger) et le sentiment collectif de damnation chez les rescapés des bombes atomiques d'Hiroshima et Nagasaki (Robert Jay Lifton) [2,4].

1.4. Le *post-traumatic stress disorder*

Après-guerre, l'Association américaine de psychiatrie a inclus dans son premier *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-I, 1952), la catégorie « réaction de stress générale » (*gross stress reaction*), regroupant les conséquences psychopathologiques de l'exposition à des situations extrêmes comme les combats militaires, les attentats ou les catastrophes naturelles. On retrouvera cela dans la deuxième édition (DSM-II, 1968), sous l'appellation « perturbation situationnelle transitoire » (*transient situational disturbance*), incluant les réactions aiguës à un stress environnemental extrême, sans mention de troubles prolongés [7].

Dans les années 1970, la guerre du Vietnam (1964-1973), avec ses centaines de milliers de vétérans atteints de post-Vietnam syndrome, va faire évoluer la nosographie états-unienne [7]. À partir du milieu des années 1970, le comité des « troubles réactionnels » du DSM élabore les critères diagnostiques du *post-traumatic stress disorder* (PTSD), qui sera inclus dans le DSM-III (1980). Il s'agit du « développement de symptômes caractéristiques dans les suites d'un évènement psychiatriquement traumatique qui est généralement au-delà du champ de l'expérience normale » (critère A) [7]. Les « stressseurs » en question sont les évènements à même de « produire des symptômes de détresse significatifs chez la plupart des gens et sont généralement en dehors du champ des expériences négatives plus communes (deuil, maladie chronique, perte d'emploi, conflit conjugal) ». Il est ainsi considéré que les faits de guerre, les accidents graves ou les catastrophes naturelles peuvent induire un même trouble mental, ainsi que les viols (dans le contexte du combat féministe contre les violences sexuelles depuis les années 1960 [8]).

En plus du critère A, le PTSD du DSM-III est défini par trois critères symptomatiques durables (> 6 mois), que l'on peut résumer ainsi : B- symptômes de reviviscence (vigile et/ou hypnique), C- indifférence, D- deux symptômes supplémentaires parmi les suivants : hypervigilance, évitement, insomnie, problèmes d'attention ou de mémoire, culpabilité.

Le PTSD correspondait avant tout à la névrose de guerre, y compris concernant les modifications de la personnalité avec les sentiments d'incommunicabilité et de perte de familiarité du monde, même si cela n'était pas développé [3]. Le critère A mettait l'accent sur l'anormalité des évènements stressants, pas sur leur extériorité ni leur vécu subjectif. Cette description faisait du PTSD une « réponse normale à une situation anormale » [8], dont quiconque pouvait être atteint. Ceci permit une reconnaissance de la souffrance des patients traumatisés et de leur statut de victimes [8]; le DSM-III paraît en France en 1983, PTSD y est traduit par « état de stress post-traumatique » (ESPT) [4].

1.5. Des évolutions nosographiques

La révision du DSM-III quelques années plus tard (DSM-III-TR, 1987) n'apportera pas de modification importante, hormis la mention que le PTSD peut affecter les enfants, les plus jeunes n'étant pas conscients qu'ils reproduisent l'évènement traumatique dans leurs jeux répétitifs ou dans leurs rêves de monstres. La description reste toutefois très peu informative sur les enfants [7].

Dans la dixième version de la classification internationale des maladies (CIM) parue en 1992, l'organisation mondiale de la santé distinguait le PTSD/ESPT, qui correspondait à celui du DSM, mais sans les modifications de la personnalité, et la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » qui constituait une catégorie à part.

Les évolutions du DSM-IV (1994) ont porté surtout sur le critère A [7]. Il comprenait les « événements impliquant la mort réelle ou potentielle ou une blessure grave, ou une menace à sa propre intégrité physique ou à celle d'autrui », ce qui précisait leur anormalité, et associés aux sentiments « de peur intense, d'impuissance ou d'horreur », ce qui introduisait leur extériorité et leur vécu subjectif. Il était indiqué que l'évènement traumatique pouvait être indirect (« recevoir des informations sur les expériences stressantes d'une personne proche ») – en particulier chez les jeunes – et que les événements sexuellement traumatiques pouvaient inclure chez les enfants les « expériences sexuelles développementalement inappropriées sans menace ou violence effective », référence aux situations de type incestueux. Il était fait mention de formes « à début retardé », avec un début après les trois mois suivant l'évènement traumatique. PTSD a été traduit par TSPT dans la version française du DSM-IV et par la suite.

Enfin, le DSM-5 (2013) a abandonné la réaction subjective au traumatisme, jugée non nécessaire, et inclus comme évènement potentiellement traumatique, l'exposition extrême et répétée à des détails choquants d'évènements (e.g. les soignants de premiers secours exposés à des cadavres ou les policiers à des comptes-rendus répétés d'agressions).

1.6. Du trauma simple au trauma complexe

Le DSM-IV mentionnait que les « stressors interpersonnels », les évènements comportant des violences perpétrées volontairement par un ou plusieurs autres humains, pouvaient produire des tableaux cliniques de TSPT comportant des « caractéristiques associées ». Parmi ces symptômes supplémentaires, on trouvait principalement les problèmes de régulation émotionnelle, les manifestations somatoformes, dissociatives, l'impulsivité, l'auto-agressivité, la honte, le désespoir et l'hostilité [7].

Ce constat ne relevait pas de l'épidémiologie militaire, mais surtout de l'étude des victimes d'abus sexuels dans l'enfance [9]. On compte parmi les principaux travaux à ce sujet ceux de Leonore Terr, qui a proposé, à partir d'observations pédopsychiatriques, de distinguer deux types de traumas [10]. Le trauma de type I fait suite à un événement unique, et correspond globalement au TSPT sans caractéristiques associées. Le trauma de type II fait suite lui à des événements répétés – en particulier des abus émotionnels, physiques et sexuels – sur une période prolongée durant laquelle ils perdent leur caractère d'anormalité, ou en tout cas de surprise. Le trauma de type II correspond cliniquement à une multitude de troubles à partir de l'enfance, dont le TSPT avec caractéristiques associées. Terr fait l'hypothèse, souvent reprise depuis, que les mécanismes dissociatifs constituent une défense psychologique récurrente vis-à-vis du trauma, avec des conséquences délétères sur le développement émotionnel et comportemental [10]. On retrouvera tous ces aspects par la suite avec la notion de « trauma développemental » [11].

Pour autant, il a été constaté que des cas de TSPT avec des « caractéristiques associées » pouvaient parfois faire suite à des événements traumatiques répétés survenus à l'âge adulte, comme les violences domestiques ou les longues captivités avec sévices [9]. Le trauma « de type II » s'est ainsi intégré dans un ensemble plus global nommé « trouble de stress extrême » (*disorder of extreme stress*) [9] – appellation mettant l'accent sur la particularité du stresser, mais peu spécifique et surtout ne manifestant pas son caractère interpersonnel ni répété – ou « TSPT complexe » (*complex PTSD*) [9] – appellation mettant l'accent sur le tableau clinique, qui s'est révélée plus consensuelle.

Bien que cette dernière ne soit pas présente dans le DSM-5, la complexité symptomatique du TSPT y figure en partie à travers les « altérations négatives des cognitions », l'irritabilité et la spécification des symptômes dissociatifs. Une catégorie « TSPT complexe » a été intégrée à la CIM-11, comme un TSPT avec des problèmes de régulation émotionnelle, de conception de soi et de socialisation ; il apparaît le plus souvent après un événement traumatique prolongé, ou des événements répétitifs, auxquels il a été impossible d'échapper (torture, violences domestiques, abus sexuels ou physiques sur des enfants).

2 • Conclusion

Attribuée au départ à la prédisposition suspecte des seuls qui en étaient atteints, la pathologie psychotraumatique a ensuite été vue comme un témoin de la vulnérabilité psychologique intrinsèque de l'être humain. Consacrée tout d'abord à la psychopathologie de l'imprévisible effroi, la recherche en psychotraumatologie porte volontiers à l'heure actuelle sur l'étude de tableaux cliniques plus complexes, comportant souvent une accommodation développementale à l'anormalité traumatique prolongée. Quelle que soit sa forme, le psychotraumatisme est vu non simplement comme une « blessure psychique » initiale, mais comme une blessure qui ne se referme pas, souvent cachée, ou qui restée quiescente s'est (r)ouverte.

3 • Références

1. Birnes PJ, Bui E, Klein R, Billard J, Schmitt L, Allenou C, Job N and Arbus C. Psychotraumatology in antiquity. *Stress Health*. 2010;26:21-31.
2. Leys R. *Trauma: a genealogy*. Chicago: The University of Chicago Press; 2000.
3. Tatossian A. Le traumatisme psychique. In: *Œuvres complètes 7, 1985-1988*. Paris: MJW; 2021.117-125.
4. Crocq L. Quelques jalons dans l'histoire du concept de trauma. In: *Trauma et résilience*, Coutanceau R, Smith J, Lemitre S. (dir.). Paris: Dunod; 2012. p. 175-186.
5. Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan; 1889.
6. Freud S and Breuer J. Études sur l'hystérie. In: *Œuvres complètes 2, 1893-1895*. Paris: Puf; 2009. p. 9-332.
7. Saigh PA and Bremner JD. The history of posttraumatic stress disorder. In: *Posttraumatic stress disorder*, Saigh PA, Bremner JD (Eds.). Needham Heights (MA): Allyn & Bacon; 1999. p. 1-17.
8. Fassin D and Rechtman R. *L'empire du traumatisme*. Paris: Flammarion; 2007.
9. Herman JL. Complex PTSD. *J Trauma Stress*. 1992;5:377-391.
10. Terr L. Childhood traumas. *Am J Psychiatry*. 1991;148:10-20.
11. van der Kolk B. Developmental trauma disorder. *Psychiatr Ann*. 2005;35:401-408.

Épidémiologie descriptive de l'exposition aux événements traumatiques et du TSPT

Isabelle Chaudieu et Mathilde Husky

1. Les deux systèmes de classification des troubles psychiatriques (DSM-5 et CIM-11) représentent deux approches différentes de la définition des événements potentiellement traumatiques et du TSPT.
2. La majorité de la population générale est exposée à au moins un événement potentiellement traumatique dans sa vie, mais seule une fraction d'entre eux développe un TSPT.
3. Le risque relatif de TSPT varie en fonction du type d'événement traumatique et de facteurs individuels sociodémographiques, psychopathologiques et péritraumatiques.

1 • État de l'art

1.1. Épidémiologie de l'exposition aux événements traumatiques

En tant que trouble lié à l'exposition à un événement traumatique (ET) dans le DSM-5-TR (APA, 2022) comme dans la CIM-11 (2022), l'exposition à un ET est un critère nécessaire, mais pas suffisant. Le critère A définit le type d'ET qualifiant ainsi que la nature de l'exposition à cet événement. Les expositions qualifiantes selon le critère A ont évolué au fil du temps et des nomenclatures, et définir ce qui constitue un ET est depuis longtemps un sujet controversé, mais important. Malgré quelques différences de qualification des ET entre le