

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

Le Psychotrauma (III) – Névrose traumatique et état de stress posttraumatique

Psychotrauma (III): Traumatic neurosis and posttraumatic stress disorder

N. Chidiac^{a,*}, L. Crocq^b

^a 8, boulevard de la Tour-Maubourg, 75007 Paris, France

^b Cellule d'urgence médicopsychologique, Samu de Paris, hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 13 mai 2011

Résumé

Après avoir explicité dans deux précédents dossiers les concepts de stress et de trauma, puis présenté les états cliniques des phases immédiates et post-immédiates qui suivent l'exposition à un événement potentiellement traumatique, les auteurs exposent la clinique de la troisième phase, différée chronique, et décrivent les symptômes des entités cliniques qui la représentent.

© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

After having developed, in two previous files, the concepts of stress and trauma, then after having presented the immediate and post immediate clinical states that can follow the exposure to a potentially traumatic event, the authors will develop the clinical phase, chronically postponed, and describe the symptoms of the clinical entity that relates to it.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : État de stress posttraumatique ; Névrose traumatique ; Stress ; Syndrome psychotraumatique ; Trauma

Keywords: Posttraumatic stress disorder; Posttraumatic syndrom; Stress; Trauma; Traumatic neurosis

I. INTRODUCTION

Dans deux numéros précédents, nous avons d'abord explicité les concepts de stress et de trauma, puis nous avons présenté les états cliniques des phases immédiates (premier jour) et post-immédiates (du deuxième au trentième jour) qui suivent l'exposition à un événement potentiellement traumatique (violent, exceptionnel, mettant le sujet en présence de la mort et du chaos). Il s'agit soit de la réaction de stress adaptative, chez des sujets qui n'ont pas vécu l'événement sur le mode du trauma, soit de la réaction de stress dépassé ou traumatique, chez des sujets qui ont vécu l'événement sur le

mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur, la déréalisation, et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours. Pour ces sujets, la réaction immédiate psychotraumatique est marquée par les symptômes dits « dissociatifs » de désorientation spatiotemporelle, de suspension de la pensée, de frayeur intense, d'orage neurovégétatif, de vécu d'irréalité, de rêve ou de dépersonnalisation, et par les réactions motrices de sidération, d'agitation, de fuite éperdue ou d'action automatique. Puis, y succède la phase post-immédiate, au cours de laquelle tout rentre dans l'ordre, les symptômes de déréalisation s'effacent et le sujet n'étant plus accaparé par sa souvenance brute de l'événement, il peut reprendre ses occupations, ou bien les symptômes dissociatifs persistent et d'autres symptômes psychotraumatiques apparaissent (reviviscences, cauchemars, sursauts, état d'alerte, phobies relatives à l'événement,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nayla.chidiac@wanadoo.fr (N. Chidiac).

irritabilité. . .), tandis que le sujet ne peut détacher son esprit de la souvenance de son trauma et qu'il se montre incapable de reprendre ses activités ; il entre alors dans le *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) ou la névrose traumatique, dont cette période post-immédiate prend le rôle annonciateur de période de latence, ou – selon les termes proposés par Charcot – d'incubation, de méditation, de contemplation ou de rumination.

Dans ce qui suit, nous allons exposer la clinique de cette troisième phase, différée-chronique, et inventorier et décrire les symptômes des entités cliniques qui la représentent, c'est-à-dire, d'une part, l'état de stress posttraumatique (traduction du *Post-Traumatic Stress Disorder* ou PTSD de la nosographie américaine du DSM-IV), étoffé de sa symptomatologie associée, d'autre part, la névrose traumatique des anciennes nosographies européennes, et enfin ses équivalents dans la nosographie internationale ICD-10, à savoir, *primo*, l'« état de stress posttraumatique » et *secundo*, la « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ».

2. TABLEAUX CLINIQUES DE LA PATHOLOGIE DIFFÉRÉE-CHRONIQUE : ÉTAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE, NÉVROSE TRAUMATIQUE ET AUTRES ÉTATS (INFRACRITÈRES OU ATYPIQUES)

2.1. L'état de stress posttraumatique (ESPT)

Ce diagnostic est la traduction de l'entité PTSD du DSM américain. Nous présentons comme tableau clinique de base sa version telle qu'établie dans la quatrième révision du DSM-IV de 1994 [1]. Le diagnostic doit répondre aux critères suivants :

- critères A : avoir été exposé à un événement menaçant la vie ou l'intégrité physique ou mentale (critère A1), et en outre l'avoir vécu comme un trauma, dans l'effroi, l'horreur ou le sentiment d'impuissance (critère A2) ;
- Critères B : avoir des reviviscences de l'événement (au moins un des cinq critères) :
 - B1 : souvenirs intrusifs de l'événement, provoquant de la détresse,
 - B2 : rêves répétitifs et cauchemars de l'événement, provoquant de la détresse,
 - B3 : vécus et agir « comme si » l'événement se reproduisait,
 - B4 : détresse intense lors de l'exposition à un indice évocateur de l'événement,
 - B5 : réactivité physiologique (neurovégétative) lors de l'exposition à un indice évocateur ;
- Critères C : évitement des stimuli évocateurs et émoussement de la réactivité (au moins trois des sept critères) :
 - C1 : évitement des pensées, sentiments et conversations associés au traumatisme,
 - C2 : évitement des activités, des endroits ou des gens qui évoquent le trauma,
 - C3 : incapacité de se rappeler un aspect du trauma,
 - C4 : réduction de l'intérêt pour les activités jadis motivantes,
 - C5 : sentiment de détachement d'autrui ou d'être étranger aux autres,

- C6 : restriction des affects, incapacité à aimer,
- C7 : sentiment d'avenir bouché ;
- Critères D : symptômes d'activation neurovégétative (au moins deux des cinq critères) :
 - D1 : difficultés d'endormissement, sommeil interrompu,
 - D2 : irritabilité, accès de colère,
 - D3 : difficulté de concentration,
 - D4 : hypervigilance,
 - D5 : réaction de sursaut exagérée ;
- Critère E (durée) : la perturbation (symptômes B, C et D) dure plus d'un mois. On spécifiera « aigu » si moins de trois mois, « chronique » si trois mois ou plus, et « différé » si le début des symptômes survient au moins six mois après l'événement ;
- Critère F : la perturbation entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel. . .

2.2. État de stress posttraumatique infracritères et état de stress posttraumatique atypiques

Le diagnostic de ESPT tel que défini par le DSM a le mérite d'imposer des critères rigoureux et de répondre (grâce aux multiples combinaisons de ces critères) à différentes variantes présentées dans la réalité [8,9]. Cependant, il ne couvre pas toute l'étendue de la gamme des syndromes psychotraumatiques existants ; il existe en effet des syndromes *infra-critères* (ils ne réunissent pas tous les critères exigés et expriment cependant une souffrance psychotraumatique réelle), et des syndromes *atypiques*, mettant au premier plan des symptômes psychiques ou psychosomatiques que le PTSD ne prend pas en compte, en particulier l'asthénie, l'anxiété, la dépression, les plaintes somatiques et les troubles des conduites. Dans les pays en voie de développement, en particulier, où l'autocensure réprime l'expression de la souffrance psychique mais la laisse volontiers s'épancher par la voie du corps, la plainte somatique est souvent offerte comme expression visible du syndrome psychotraumatique. Quant aux troubles des conduites d'apparence caractérielle, telles qu'altercations, agressions et tentatives de suicide, il est bien connu qu'ils peuvent être le mode d'expression préférentiel chez les anciens soldats traumatisés (« syndrome de Rambo » [3]). Les utilisateurs du DSM – malgré l'avis de certains cliniciens américains [16] qui voudraient les intégrer dans les critères du PTSD comme *core symptoms* (symptômes cibles) –, proposent de classer ces symptômes atypiques au rang de la « pathologie associée », comme si ces patients pouvaient souffrir à la fois d'un PTSD et de ces autres symptômes, sans autre lien que l'« association » constatée dans la statistique. Mais le diagnostic de névrose traumatique les prenait en compte comme symptômes constitutifs, dans la catégorie des symptômes « non spécifiques », c'est-à-dire que l'on trouve aussi dans d'autres pathologies [7,11].

2.3. La névrose traumatique

En gros, la névrose traumatique [5,6,14] regroupait trois catégories de symptômes :

- les symptômes de répétition ou reviviscence ;
- les symptômes non spécifiques ;
- l'altération de la personnalité.

Les symptômes de reviviscence comprenaient les hallucinations, les illusions, les souvenirs forcés, les ruminations mentales, les vécus et agir « comme si... », et le cauchemar de répétition, cauchemar intensément vécu et agité, voire somnambulique, plutôt que simplement contemplé, tous ces symptômes étant accompagnés de détresse et d'orage neurovégétatif, et tous pouvant survenir soit spontanément, soit déclenchés par un stimulus évocateur, soit à la faveur d'un fléchissement du niveau de conscience (préendormissement par exemple). On notera à ce sujet l'illogisme des critères B4 et B5 de l'ESPT (détresse ou troubles neurovégétatifs si exposition à un stimulus évocateur) qui, confondant le symptôme avec sa circonstance de survenue et son vécu d'accompagnement, crée des doublons avec les critères B1, B2 et B3. Pierre Janet en 1919 [15] insistait sur le caractère intrusif et tenace des symptômes de reviviscence : « Quand un homme tourmenté par quelques tristes souvenirs cherche à l'oublier en partant au loin, le chagrin monte en croupe et voyage avec lui. »

Les symptômes non spécifiques – apparus après l'exposition traumatique – comprenaient :

- l'asthénie (triple asthénie, physique, psychique et sexuelle), incluant la difficulté de concentration retenue dans l'ESPT comme critère D3 ;
- l'anxiété (accès anxieux psychique et somatique et état anxieux intercritique) ;
- les superstructures psychonévrotiques (hystériques, phobiques et obsessionnelles, dont les conversions, les phobies liées à l'événement – correspondant aux critères C1, C2 et C3 de l'ESPT – et les rituels protecteurs liés au trauma) ;
- les plaintes somatiques et les troubles psychosomatiques (tels que psoriasis, asthme, hypertension et ulcère gastrique) ;
- les troubles des conduites, dont l'anorexie et la boulimie, les conduites alcooliques et toxicomaniaques, les conduites suicidaires et les conduites agressives (tel l'accès de colère retenu par l'ESPT comme critère D2).

L'altération de la personnalité consécutive au trauma se manifestait par un triple blocage des fonctions du moi [14] :

- blocage de la fonction de filtration, le sujet n'étant plus capable de filtrer dans l'environnement ce qui est dangereux de ce qui ne l'est pas, d'où son attitude d'alerte permanente, son hypervigilance, ses sursauts et sa résistance à l'endormissement, tous symptômes mentionnés parmi les critères D de l'ESPT ;
- blocage de la fonction de présence, le sujet se sentant détaché du monde, d'où son impression d'un monde lointain ou déréel, sa perte de motivation pour les activités jadis motivantes et son impression d'avenir bouché, tous symptômes mentionnés comme critères C de l'ESPT (C4 et C7) ;
- blocage de la fonction de relation équilibrée à autrui, le sujet étant devenu dépendant, quêtant l'affection d'autrui, récriminateur insatisfait, mais incapable d'aimer les autres, de les comprendre et de se faire comprendre, tous symptômes mentionnés comme critères C5 et C6 de l'ESPT.

En fait, marqué par l'impact du trauma, le sujet a désormais une autre manière de percevoir le monde, de le comprendre, d'y aimer, d'y vouloir et d'y agir [11]. Lui-même se sent changé, et les autres le trouvent changé.

Notons que la CIM-10, reconnaissant cet impact sur la personnalité dans les cas sévères, a identifié à côté de l'ESPT une entité psychotraumatique chronique dénommée « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » (répertoriée F62.0) [4].

3. ÉVOLUTION

L'évolution de ces états cliniques de la phase différée-chronique – ESPT ou névrose traumatique – est variable selon les cas et l'effet de la thérapeutique.

Certains cas, peu sévères, disparaissent spontanément et progressivement en un ou quelques mois. Pour eux, on a invoqué l'effet de la « résilience » ou capacité de l'individu à rebondir et à se dégager tout seul de l'emprise de son trauma, en puisant dans ses propres ressources ou en se faisant aider par son entourage familial et social. À ce sujet, il ne faut pas confondre « résistance » et « résilience » : de deux sujets exposés au même événement potentiellement traumatisant, l'un va y résister par une réaction de stress adaptative (et il ne sera donc pas traumatisé) ; l'autre va vivre cet événement sur le mode du stress dépassé, traumatique (et il sera donc traumatisé) ; c'est pour lui que l'on pourra parler de résilience s'il parvient à se dégager de sa pathologie traumatique, seul ou avec l'aide de son entourage ou d'un thérapeute.

D'autres cas s'avèrent plus durables, voire chroniques. Les cas sévères, non traités, peuvent persister tels quels pendant la vie entière. Certains cas, traités ou non, voient leurs symptômes de répétition s'estomper et s'espacer, mais s'enkystent dans leurs troubles caractériels. L'évolution varie aussi au gré de l'exposition à des stimuli évocateurs du trauma, voire de l'exposition à de nouveaux événements traumatisants (effet de réactivation, voire d'après-coup). À signaler enfin que le départ à la retraite, privant le patient de ses activités professionnelles dérivatives, occasionne souvent une aggravation ou une relance de la névrose traumatique, en particulier chez les anciens combattants [10].

4. ÉQUIVALENCE ET DIFFÉRENCES ENTRE POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER ET NÉVROSE TRAUMATIQUE

L'hégémonie de la langue anglaise y aidant, le vocable diagnostique de PTSD – mal traduit en français par « état de stress posttraumatique », alors que le mot « trouble » eût plus fidèlement traduit le mot *disorder* – a été adopté par l'ensemble de la communauté médicale du monde entier, laissant toutefois des lacunes et des imprécisions. D'abord, la réaction immédiate a été oubliée dans le système DSM américain ; car le diagnostic d'*Acute Stress Disorder*, ou état de stress aigu, ne s'applique qu'aux états qui perdurent plus de 24 heures et moins de 30 jours, ce qui correspond à la période post-immédiate. Ensuite, les critères du PTSD (ou de l'ESPT) sont trop restrictifs et laissent de côté tout

Tableau I

Syndromes psychotraumatisques aigus et chroniques. Équivalences de diagnostic entre la réalité clinique, le système DSM-IV et la CIM-10 [11].

	Tableaux cliniques traditionnels	Diagnostic DSM-IV	Diagnostic CIM-10
Pathologie immédiate <i>Quelques minutes à un jour</i>	Stress dépassé Réaction névropathique Réaction psychotique	?	Réaction aiguë à un facteur de stress (F43.0)
Pathologie post-immédiate <i>Deux jours à un mois</i>	Latence d'une névrose traumatique	État de stress aigu (308.3) PTSD forme aiguë (309.81) <i>(si < un mois)</i>	État de stress post-traumatique transitoire (F43.1) <i>(si < un mois)</i>
Pathologie chronicisée <i>> un mois</i>	Névrose traumatique Transitoire Durable (voir chronique)	PTSD forme aiguë (309.81) <i>(si de un à trois mois)</i> PTSD forme chronique (309.81) <i>(> trois mois)</i>	État de stress post-traumatique durable (F43.1) <i>(si de un mois à deux ans)</i> Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F.62.0) <i>(> deux ans)</i>

un pan de l'ancienne névrose traumatique, reléguée au rang de « pathologie associée », malgré son empreinte psychotraumatisque. Enfin, le diagnostic d'ESPT ne rend pas compte de l'impact du trauma sur la personnalité de l'individu, impact qui était explicitement reconnu dans le diagnostic de névrose traumatique et que la CIM-10 a reconnu pour les cas sévères, qu'elle dénomme « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ».

Pour ces raisons, l'appellation « d'état ou syndrome psychotraumatisque » a été créée par Claude Barrois en 1988 [2], puis a été proposé le vocable générique de « syndrome psychotraumatisque », immédiat, post-immédiat et différé-chronique, avec toutes ses variantes [11–13]. Le fait de spécifier « psychotraumatisque » indique bien qu'il s'agit d'un traumatisme psychique et non pas d'un traumatisme somatique, chirurgical – un individu blessé à la jambe lors d'un accident (traumatisme somatique) peut développer ensuite une névrose post-traumatique (postérieure à ce traumatisme physique) avec hypocondrie ou dépression, sans que la pathogénie de sa névrose soit nécessairement « psychotraumatisque ». Le cas de figure typique est celui de l'accident de la route provoquant un traumatisme crânien sans perte de connaissance et d'autres blessures somatiques ; la victime peut développer une triple pathologie psychique :

- un syndrome subjectif des traumatisés crâniens, postcommotionnel ;
- une névrose traumatique (ou ESPT) postémotionnelle (par frayeur éprouvée lors de l'accident) ;
- une névrose posttraumatique hypocondriaque et dépressive par constat de dévalorisation de son image du corps, du fait des mutilations consécutives à ses blessures somatiques.

Le **Tableau I** présente les correspondances entre les trois systèmes : clinique européenne traditionnelle, PTSD selon le DSM-IV, et diagnostics selon la CIM-10.

5. CONCLUSION

La pathologie provoquée par l'exposition à un événement violent menaçant la vie ou l'intégrité physique ou mentale de l'individu était connue depuis longtemps, et sporadiquement projetée au premier plan de l'actualité lors des deux guerres

mondiales. Mais, une fois la paix revenue, chacun s'en retournait à ses occupations et loisirs d'avant et oubliait la violence guerrière et ses victimes psychiques, leur infligeant le second trauma qu'est l'oubli ou l'indifférence de leurs concitoyens. Les psychiatres eux-mêmes, et a fortiori les médecins généralistes, ne se référaient plus à l'entité névrose traumatique et désignaient ces tableaux cliniques sous les termes d'états anxieux ou dépressifs « réactionnels ». Il a fallu la guerre américaine au Vietnam (1964–1973) et l'importance numérique (700 000 hommes sur 3 000 000) et sociale (ces hommes se montrant incapables de se réinsérer dans la société) des *Post-Vietnam syndromes*, pour que l'ancienne névrose traumatique reprenne droit de cité en 1983 dans le DSM sous le nom d'état de stress post-traumatique (*Post-Traumatic Stress Disorder*), avec extension aux traumas du temps de paix (agressions, accidents, catastrophes) ; et que les autorités américaines élaborent le réseau des *Vet Centers*, centres de consultations disposés sur tout le territoire en dehors des hôpitaux et spécialement conçus pour l'écoute, la thérapie et la réinsertions (*rehabilitation*) de ces soldats décontenancés et désorientés, pour ne pas dire « perdus ».

De nos jours, la société reconnaît la souffrance de ces blessés psychiques ; et cela est une bonne chose. Mais le *Post-Traumatic Stress Disorder* tel que défini et délimité par la nosographie américaine présente des imperfections que l'expérience clinique des intervenants et des thérapeutes doit réduire, en réintégrant dans les critères la pathologie dite « associée » (qui correspondait aux symptômes non spécifiques de la névrose traumatique), et en prenant en compte l'atteinte de la personnalité résultant de l'impact du trauma. Une des découvertes du *Post-Vietnam syndrome* était l'incapacité pour le soldat traumatisé de pouvoir communiquer avec sa famille retrouvée, comme s'il en était séparé par une « membrane invisible », témoignant de son changement de personnalité. Voilà pourquoi il faut se donner comme objectif thérapeutique ultime de conforter et réhabiliter la personne, plutôt que de se contenter d'effacer des symptômes : permettre à la personne traumatisée de retrouver – dans l'énonciation spontanée de ses éprouvés traumatiques – du sens à son aventure insensée, d'aligner le vécu de l'événement entre un avant et un après, dans la continuité fluide de son existence, de le dire aux autres et de revenir ainsi dans la communauté des vivants.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^e éd. (DSM-IV). Washington Am Psych Ass vol 1994;1.
- [2] Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1988, 1998.
- [3] Bowman B. Are all Vietnam veterans like John Rambo. In: Wolf ME, Mosnaim AD, editors. Posttraumatic stress disorder. Etiology, phenomenology and treatment. Washington: Am Psychiatric Press; 1990. p. 80–93.
- [4] CIM-10/ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992.
- [5] Crocq L. Stress et névrose traumatique. *Psychologie Médicale* 1974;6:1493–531.
- [6] Crocq L, Sailhan M, Barrois C. Névrozes traumatiques : névrozes d'effroi, névrozes de guerre. *Encycl Med Chir* 1983;2:37329 [A-10, 12p., biblio].
- [7] Crocq L. Les névrozes de guerre, leur structure clinique, leur déterminisme et leur traitement. *Synapse* 1986;23:49–57.
- [8] Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névrozes traumatiques, états de stress posttraumatiques et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 1992;24:427–32.
- [9] Crocq L. Critique du concept d'état de stress posttraumatique. *Perspectives Psychiatriques* 1996;35:363–76.
- [10] Crocq L. The emotional consequences of war 50 years on. In: Hunt L, Marshall M, Rowlings C, editors. Past trauma in late life. Londres: Jessica Kingsley Pub; 1997 [Chap 4, p.39-48].
- [11] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999 [vol. 1].
- [12] Crocq L. Clinique de la névrose traumatique. *J Psychol* 2003;211:53–8.
- [13] Crocq L. Pourquoi l'appellation « syndromes psychotraumatiques ». *Neuropsych* 2003; numéro spécial de mars 2003, p. 6–9.
- [14] Fenichel O. La théorie psychanalytique des névrozes, trad, française. Paris: Payot; 1953.
- [15] Janet P. Les médications psychologiques. Paris: Alcan; 1919.
- [16] Lipkin O, Blank A, Scurfield R. Forensic assessment of posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. In: Sonnenberg, et al., editors. The trauma of war. Washington: Am Psychiatric Press; 1985 [p. 489–45].