

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Tome 2, numéro 3 (Juillet 2004)

Le concept d'état de stress post-traumatique masqué

JANIN, A-C. [FRANCE]

Auteure

Psychiatre

Résumé

Les états de stress post-traumatiques dans leur cours évolutif apparaissent insuffisamment diagnostiqués. Certes, le traumatisme est souvent repéré mais la prise en charge spécifique des répercussions de l'événement traumatique, sous l'angle de la victimologie, semble souvent faire défaut. Dans l'optique d'une variabilité clinique de ces syndromes, nous avons défini le concept d'« état de stress post-traumatique masqué » lorsque la symptomatologie dépressive prédomine. Nous en étudierons les intérêts cliniques, thérapeutiques et préventifs et leurs limites et soulignerons les domaines de recherche qui restent encore à développer en fonction de cette approche.

Mots-clés

Stress post ; traumatique ; dépression ; thérapeutique ; prévention

Introduction

La plupart des auteurs s'accordent sur la définition de l'ESPT (état de stress post-traumatique) en phase aiguë, toutefois lorsque ce syndrome tend à se chroniciser apparaît toute la multiplicité de son expression qui ne fait guère l'objet d'un consensus. A propos des symptômes dépressifs qui peuvent apparaître à un moment ou à un autre dans l'ESPT, nous proposons le concept d'« état de stress post-traumatique masqué », sans remettre en cause les données psychopathologiques du concept d'origine et développons les aspects descriptifs et par conséquent

nosographiques, ainsi que les intérêts cliniques, thérapeutiques et préventifs qui en découlent.

Elaboration du concept

Nous sommes partis de la constatation suivante, lorsque l'ESPT sort des descriptions classiques, se situant par conséquent dans un cadre transnosographique, le diagnostic d'ESPT peut faire défaut et nous pouvons être amenés à formuler des diagnostics très variés : troubles du comportement alimentaire ou addictif, dépression, troubles psychonévrotiques, troubles des

conduites, personnalité limite, psychose.

En raison d'une part de sa diversité d'expression clinique, l'ESPT essentiellement dans sa forme chronique, est souvent peu repéré, avec une tendance à l'oubli vis à vis de ce diagnostic. Comme le rappellent Waddington et al. (10), la forme isolée de l'ESPT dans le DSM avec ses trois critères principaux (les reviviscences de l'événement, l'évitement des stimulus associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale) est extrêmement rare dans la forme chronique et un ESPT non traité - on pourrait ajouter insuffisamment traité ou non pris dans sa globalité - évolue dans le temps sous de multiples formes pathologiques qui vont le masquer. Il ne nous semble pas que ces difficultés diagnostiques soient une affaire d'école que l'on adopte une position anglo-saxonne (type DSM, plus restrictive) ou européenne (syndrome psycho-traumatique (4)). Nous n'aborderons pas la notion d'événement potentiellement traumatisant à propos de laquelle les données de la littérature montrent qu'elle tend à s'élargir (en médecine somatique par exemple), ce n'est pas notre propos dans cet article d'autant que nous pensons plus judicieux de s'en tenir à la description -peut-être restrictive- du critère A du DSM-IV (5). A noter toutefois que certaines formes cliniques ont pu être décrites en fonction de l'événement traumatique (2).

Ailleurs, c'est davantage l'approche victimologique qui échappe ou ne se fait pas avant un certain temps de latence, même si dans la plupart des cas, une relation de confiance permet une anamnèse assez précise et par conséquent le repérage d'un éventuel événement

traumatisant dans l'histoire de l'individu. Les notions de traumatisme et d'effraction psychiques ne sont pas toujours prises en compte et le patient est alors traité pour le tableau psychiatrique plus ou moins bruyant qui se présente au premier abord.

Nous nous sommes intéressés principalement à l'ESPT comportant des symptômes dépressifs. Ducrocq et al. (6) relèvent que dans une majorité des cas, le tableau d'ESPT s'enrichit de symptômes dits « non spécifiques » dont le regroupement d'entre eux semblerait susceptible d'authentifier des manifestations dépressives sans pour cela isoler un épisode dépressif, d'où les difficultés rencontrées quant à la place nosographique de ces aspects symptomatiques pourtant fréquents.

Ces ESPT que l'on pourrait qualifier d'atypiques, sont décrits en fonction des auteurs selon diverses modalités (6, 10), la symptomatologie dépressive apparaît soit réactionnelle, soit une variabilité clinique, soit une modalité évolutive, soit dans le cadre d'une co-morbidité, soit comme diagnostic différentiel. Sur le plan de l'étiopathogénie reste à savoir ce qui, dans ces symptômes, relève directement et exclusivement du trauma, et ce qui relève aussi de la personnalité pré-existante et de l'éventuelle pathologie antérieure. Quelle que soit l'approche, ces manifestations non spécifiques peuvent venir alourdir l'évolution de l'ESPT (8).

Nous sommes plutôt en faveur d'une expressivité différente de l'ESPT qui dépend de divers facteurs (nature de l'événement, personnalité ou pathologie préexistantes, contexte et environnement) qui restent à répertorier. Notre questionnement concerne la symptomatologie dépressive quelle que soit la date d'apparition de ces symptômes par

rapport à l'événement traumatisant, afin de ne pas restreindre cette recherche à un critère temps, même si les auteurs évoquent le plus souvent des ambiguïtés diagnostiques pour les ESPT chroniques.

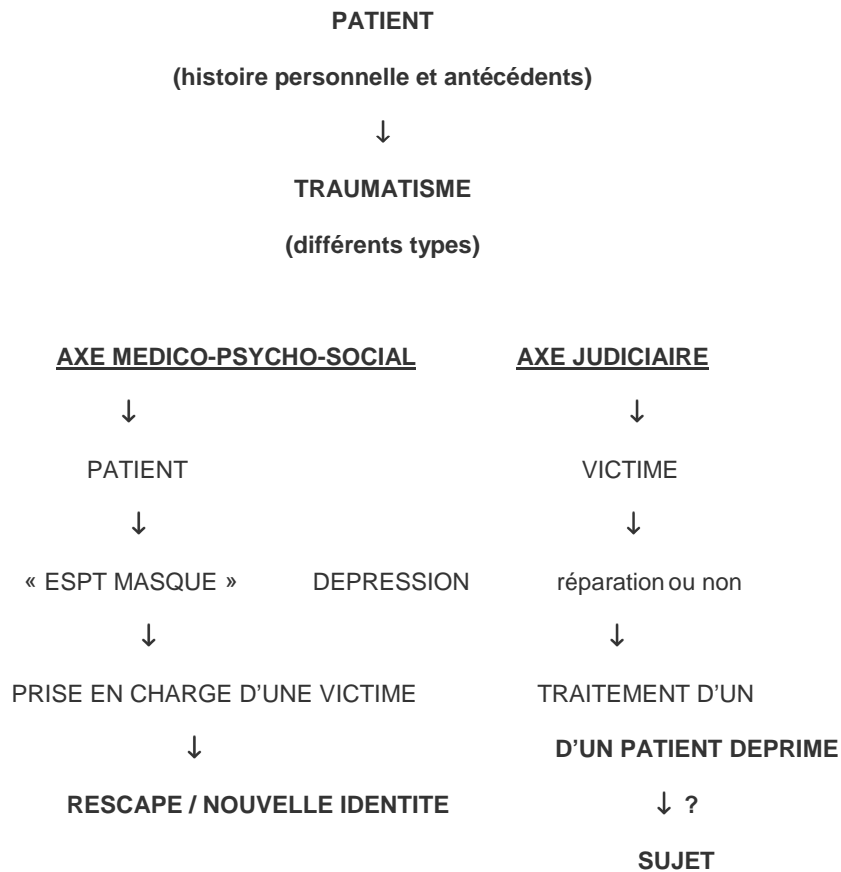
Ainsi, au vu des connaissances actuelles, des données de la littérature et au travers de notre pratique clinique, les symptômes centraux décrits dans le DSM nous paraissent insuffisants pour englober toutes les formes cliniques d'ESPT. Nous proposons donc la notion d'«état de stress post-traumatique masqué » en référence au concept de dépression masquée. Lorsque Angst (1) décrit la dépression masquée, il note des symptômes somatiques au premier plan et des symptômes dépressifs à bas bruit masqués par une symptomatologie plus bruyante au premier plan et qui n'amène pas nécessairement le patient à une demande de soins en psychiatrie. Chez certains patients ayant souffert d'un traumatisme ayant fait effraction psychique, on peut retrouver des symptômes de la série dépressive masquant la symptomatologie classique de l'ESPT et qui échappent à la prise en charge qui semble la plus spécifique à savoir victimologique.

Par conséquent, nous avons adopté la définition suivante pour l'«état de stress post-traumatique masqué » :

- Symptômes de la série dépressive quel que soit le temps de latence après le traumatisme (aigus ou chroniques au sens du DSM-IV (5))
- Un événement traumatique (critère A du DSM IV (5)) ayant fait effraction psychique et précédant les troubles
- Les trois critères principaux à bas bruit de l'ESPT du DSM IV (5) (s'ils sont absents il s'agit d'un équivalent d'ESPT).

Repérer au travers d'une symptomatologie dépressive l'existence d'un traumatisme et ses répercussions et pouvoir conclure à l'existence d'un ESPT en l'occurrence masquée dans notre perspective, offre un nouvel axe de travail qu'est l'approche victimologique, celle-ci modifie le statut du sujet qui passe alors de patient à victime (schéma).

FIGURE 1 : SCHEMA DE L'« ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE MASQUE »



Intérêts du concept

L'utilité diagnostique de ce concept réside dans le fait d'être plus systématique dans la recherche du traumatisme (et de l'effraction psychique) devant des symptômes dépressifs, d'autant qu'il existe parfois un temps de latence avant l'apparition de la symptomatologie d'ESPT après un événement traumatisant.

Sur le plan thérapeutique, le diagnostic d'« ESPT masqué » implique une lecture traumatique des troubles. L'intérêt de cette approche victimologique permet un traitement plus précoce, peut-être avant la chronicisation des troubles ou l'installation de facteurs de résistance à la prise en charge comme l'éloignement par rapport au traumatisme d'origine (10) ou le lien de fascination avec l'image traumatique,

celle de la néantisation de la victime (8).

Reconnaître l'« ESPT masqué » peut prévenir les manifestations inhérentes à l'aggravation des troubles : risque suicidaire, anxiété, somatisations, conséquences sociales, multiplication de demandes d'aide médicale inappropriées.

On sait que l'apparition de l'ESPT dépend de facteurs objectifs et subjectifs. L'existence d'une variabilité clinique de l'EPST à l'origine de difficultés diagnostiques montre l'intérêt de rechercher chez l'individu des facteurs prédictifs du risque d'état de stress post-traumatique : la gravité et le type d'événement traumatique, l'attitude de la victime au moment des faits (adaptée, active, passive), la menace perçue, le degré de responsabilité, l'histoire personnelle, l'âge du sujet, les troubles de la

personnalité, les fragilités personnelles (antécédents, matériels de défense, organisation de la structure psychique), les antécédents de traumatisme, les conséquences physiques, esthétiques, socio-professionnelles, l'absence de croyances religieuses, la faiblesse du support social, etc. (2). Aussi serait-il important de développer des outils qui permettent d'évaluer le risque de développer un ESPT (échelles regroupant les éléments prédictifs) devant un événement potentiellement traumatisant et qui soit valide quelle que soit la distance temporelle avec le traumatisme (de quelques heures à plusieurs années). Ainsi, cet outil serait utile lors des difficultés de diagnostic et permettrait une prise en charge précoce et plus ciblée. Les échelles existantes ne nous paraissent pas suffisamment pertinentes pour évaluer le risque de développer un état de stress post-traumatique.

Limites du concept

Il ne nous semble pas que la lecture traumatique soit systématiquement un levier thérapeutique dans l'établissement de la relation thérapeutique comme le mentionnent Waddington et al. (10) qui relèvent même un effet déculpabilisant. Au contraire, la demande du patient ne nous apparaît pas toujours clairement verbalisée et serait bien plus ambivalente quand il s'agit de focaliser la prise en charge sur un traumatisme passé et bien antérieur aux troubles présentés. En effet, est-ce toujours la demande du patient de « devenir une victime » ? Audet et Katz (2) rappellent que le sujet a été confronté à « un événement traumatique d'une gravité exceptionnelle, non attendu, non préparé, non imaginé, qui déborde les moyens défensifs normaux de l'individu...révélée à sa finitude, sans

capacité de verbalisation ou de fantasmatisation, la victime se sent seule et sans aide ». Elle a été confrontée à l'indicible, aussi peut-il être difficile d'attendre d'elle qu'elle mette des mots sur sa souffrance et formule spontanément une demande d'aide. Certains sujets tiennent à conserver les images de leur trauma (9). L'ambivalence de la demande de soins ponctue le parcours de la victime qui se défend de faire du trauma le centre d'un processus thérapeutique, à l'exception des situations dans lesquelles l'angoisse est trop intense ou « lorsque la souffrance morale est devenue insoutenable et que la mort se présente à nouveau dans le réel : évolution d'une maladie psychosomatique, idées pressantes de suicide voire de meurtre, déchéance alcoolique, etc. » (8). Même si l'action thérapeutique dans les suites post-immédiates du traumatisme consiste en « une reprise de sens, une ponctuation du discours de la victime » comme le relèvent Kramarz et al. (7), pour la victime évoquer à nouveau les pensées intrusives pourrait représenter en quelque sorte une nouvelle répétition et aller contre l'évitement qui joue le rôle d'économie de dépenses d'énergie psychique.

En pratique, il s'agit de faire naître une demande d'aide. Aussi peut-on s'interroger sur la nécessité d'outils qui permettraient de préparer le patient ou d'évaluer sa motivation pour un travail centré sur l'événement traumatique et d'orienter au mieux le patient soit vers un travail centré sur la recherche de l'effraction psychique par rapport au vécu sensoriel comme le debriefing ou vers un travail psychothérapeutique (thérapies psychodynamiques, de soutien, thérapies psycho-corporelles, thérapies comportementales et cognitives).

D'autre part, il se pose la question du risque de victimisation lorsque l'on centre le travail sur le traumatisme, même si Barrois (3) nous donne un élément de réponse en parlant de « traumatisme second », directement lié aux attentes non satisfaites de consolation et de réparation de la victime quand la plainte de la victime n'est pas entendue alors que les réponses familiales et sociales s'épuisent ou se détournent vers d'autres priorités. Ce « deuxième abandon » aggrave la symptomatologie post-traumatique, le risque dépressif, l'hostilité, le rejet et le repli (3). Cependant, nous pensons qu'il faut être prudent quant au risque de fixer l'individu dans un statut immuable et stigmatisé de victime imposé par la société. Loin de devenir chronique, le statut de victime doit être temporaire, la prise en charge doit permettre au sujet d'accéder le plus rapidement à un nouveau statut, une nouvelle identité impliquant le deuil d'une vie antérieure « sans souffrance ».

Conclusion

Nous avons pu établir une définition assez large de l'« ESPT masqué », malgré l'aspect transnosographique de l'ESPT qui diffère des descriptions classiques. Nous nous sommes attachés aux symptômes dépressifs de l'ESPT en l'occurrence masqué, ce concept pourrait être étendu aux manifestations anxieuses, psychonévrotiques et psychosomatiques et aux troubles des conduites.

L'élaboration de ce nouveau concept souligne toute l'importance d'une sensibilisation à la prise en charge spécifique des victimes auprès des usagers et des professionnels de

santé. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour apporter les réponses les plus adaptées et éviter ainsi une souffrance psychique surajoutée avec un effet potentiellement destructeur liée à toute incongruité entre les attentes de la victime et les réponses proposées.

La variabilité de l'expression clinique des états de stress post-traumatique nous a amenés à plusieurs axes de travail pour les recherches à venir concernant l'élaboration d'outils évaluant d'une part le risque de développer un ESPT en fonction de facteurs prédictifs et d'autre part la motivation des sujets pour un travail centré sur leur traumatisme passé. Ces outils permettraient de faciliter le diagnostic précoce et de proposer la démarche thérapeutique la plus appropriée à chaque cas individuel.

Références

- American Psychiatric Association. (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (4^e éd.) (Trans.) Paris : Masson. (Original work published 1994)
- Angst, J. (1973). La dépression masquée du point de vue transculturel. In P. Kielholz (Ed.), *La dépression masquée*. Paris : Masson.
- Audet, J. & Katz, J.-F. (1999). *Précis de victimologie générale*. Paris : Ed. Dunot.
- Barrois, C. (1998). Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. *Annales médico-psychologiques*, 156 (7), 487-92.
- Crocq, L. (1996). Critique du concept d'état de stress post-traumatique.

- Perspectives Psychiatriques*,
36(5), 363-76.
- Ducrocq, F., Vaiva, G., Cottencin, O.,
Molenda, S. & Bailly, D. (2001).
Etat de stress post-traumatique,
dépression post-traumatique et
épisode dépressif majeur : la
littérature. *L'Encéphale*, 27, 159-
68.
- Kramarz, M.H., Sevestre, C. & Kottler,
C. (1996). La question de la
spécificité. *Perspectives
Psychiatriques*, 36(5), 353-57.
- Lebigot, F. (1997). La névrose
traumatique, la mort réelle et la
faute originelle. *Société Medico-
Psychologique*, 522-6.
- Lebigot, F. (1999). Intérêts des soins
immédiats et post-immédiats dans
les traumatismes
psychiques. *Medecine de
Catastrophe Urgences
Collectives*, 2, 83-7.
- Waddington, A., Ampelas, J.-F.,
Mauriac, F., Bronchard, M.,
Zeltner, L. & Mallat, V. (2003).
Etat de stress post-traumatique :
le syndrome aux différents
visages. *L'Encéphale*, 29, 20-27.