

Trouble de stress traumatique

الاضطرابات المصاحبة للصدمة النفسية

Pr. Benamsili Lamia¹

أ.بن أمسيلى لمية¹

Bejaia Université Algérie, haderbache.lamia@gmail.com,

تاريخ النشر: 2021/06/30

تاريخ القبول: 2021/06/01

تاريخ الاستلام: 2020/11/22

Résumé:

Cet article théorique, destiné aux cliniciens et aux étudiants en psychologie clinique, traite de la question des troubles associés aux traumatismes psychologiques. Le texte tente d'identifier les symptômes pathologiques les plus importants associés aux traumatismes, et d'identifier les explications de ce phénomène.

Mots clés : psychologie clinique, comorbidités, traumatisme psychologique.

الاضطرابات المصاحبة للصدمة النفسية

الملخص:

يتناول هذا المقال النظري الموجه للممارسين العياديين وطلبة علم النفس العيادي موضوع الاضطرابات المصاحبة للصدمة النفسية، فيحاول النص الإمام بأهم الأعراض المرضية المرافقة للصدمة، والوقوف عند التفسيرات المتناولة لهذا الظاهرة.

الكلمات المفتاحية: علم النفس العيادي، الاضطرابات المصاحبة، الصدمة النفسية.

Introduction:

La comorbidité est très présente en psychopathologie. Elle est une éventualité fréquente en psychotraumatologie. En effet, le psychotrauma est un syndrome pluri-symptomatique. De ce fait, les signes dits non spécifiques occupent une place importante.

L'objectif de ce présent article est de procéder à une revue de la littérature, non exhaustive, portant sur la question de la comorbidité en psychotrauma. Le manuscrit s'adresse notamment aux étudiants en psychologie clinique, qui rencontreraient dans leur cursus de formation, chez

nous en Algérie à la première année master, cette matière relative au traumatisme psychique. Il s'adresse également à toute personne s'intéressant à la psychotraumatologie.

Cet article tentera de répondre à trois questions principales, à savoir : Quels sont les troubles associés au psychotrauma ? Et quelles explications peut-on en proposer à la survenue de ces troubles ? et enfin quelle prise en charge pour les patients concernés ?

1-La notion de comorbidité:

Le mot « comorbidité » est emprunté à la médecine somatique, qui signifie la présence de deux troubles chez le même sujet (Hantouche, 2006, P.134).

Une première définition de la comorbidité est proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1995. Il s'agit de la « co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble et d'un autre trouble » (Benyamina, 2013, P 137).

En effet, la notion de trouble associé ou comorbidité désigne « l'association d'au moins deux troubles différents chez un même patient » et désigne également « toute entité clinique additionnelle, existant déjà ou apparaissant dans l'histoire clinique d'un patient souffrant d'une maladie index » (Bourdiau, 2011, P 34).

De ce fait, les troubles associés renvoient à des symptômes co-occurents chez un même individu. Ce sont ainsi des signes non spécifiques parce qu'ils se trouvent dans d'autres pathologies psychiques. Ce sont également des signes dits secondaires au trouble primaire qui est le psychotrauma.

2-La comorbidité en psycho traumatologie: revue de la littérature

Le traumatisme est une catastrophe personnelle, accompagnée du sentiment que la vie s'est arrêtée. L'effroi face à la menace vitale et les situations de stress majeurs entraînent des réactions immédiates et à long terme, dont certaines aboutissent à une décompensation psychosomatique (Ferragut, 2005). Dans ce cadre, Stora (1999) propose un nouveau modèle mettant en relief l'importance des événements traumatiques dans le déclenchement des maladies somatiques, le rôle des émotions dans la transmission de la charge affective au niveau du corps, la participation du corps dans les troubles psychiques, le rôle de l'équilibre psychologique et affectif, de l'histoire personnelle et de l'environnement dans la maladie, l'influence de la vie spirituelle dans le vécu des événements traumatiques.

Ainsi, il existe une association fréquente entre les troubles psychotraumatiques et de nombreux troubles d'allures somatique, dépressive, pseudo-délirante et des troubles des

conduites. On trouve ainsi : Des troubles somatiques avec asthénie physique et psychique, difficultés sexuelles (impuissance, frigidité), conversions, céphalées, troubles fonctionnels digestifs, ulcères, aménorrhées, troubles psychosomatiques, plaintes somatiques diverses, des troubles névrotiques avec développement de phobies ou de rituels protecteurs véridictaires, des troubles de conduites avec anorexie, boulimie, tabagisme, alcool, drogue, conduites violentes. Les troubles de l'irritabilité sont très fréquents, des troubles dépressifs qui se manifestent au travers d'épisodes dépressifs majeurs, de deuils traumatiques ou d'idées suicidaires et des délires post-traumatiques que l'on peut retrouver dans des situations très spécifiques (Chahraoui, 2014, P P.17-18).

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM 5 (2015), les individus souffrant d'un trouble stress post-traumatique (TSPT) ont 80 % plus de risques que ceux sans TSPT d'avoir des symptômes répondant aux critères diagnostiques d'au moins un autre trouble psychique. La comorbidité avec un trouble de l'usage d'une substance et un trouble des conduites est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Bien que la plupart des jeunes enfants souffrant d'un TSPT aient aussi au moins un autre diagnostic, les patterns de comorbidité sont différents de ceux observés chez les adultes, avec prédominance du trouble oppositionnel avec provocation et de l'anxiété de séparation. Enfin, il y a une comorbidité considérable entre TSPT et troubles neurocognitifs majeurs avec certains symptômes qui sont communs à ces troubles (DSM 5, 2015, P.361).

La classification internationale des maladies, la CIM 10 (2012) de son côté, note que l'état de stress post traumatique (ESPT) est « fréquemment associé à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire » (CIM 10, 2012, P.246).

L'étude européenne ESMedD / MHEDEA (2000, 2005) montre la coexistence très fréquente de l'ESPT avec un autre trouble anxieux, sans différence notable entre hommes et femmes. Dans cette étude, les troubles les plus fortement associés à l'ESPT sont la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, l'anxiété généralisée, l'agoraphobie. Différentes études épidémiologiques retrouvent des taux de 30 à 50 % de dépression chez des patients ayant un état de stress post-traumatique. Ces taux sont encore plus élevés, de 60% à 90% lorsque les études concernent des populations exposées à des événements traumatiques militaires (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013).

L'appréciation du risque suicidaire doit être systématique lors de l'évaluation clinique d'un patient souffrant d'ESPT. Cliniquement les traumatismes de type II et notamment les agressions sexuelles sont plus fréquemment associées que les autres traumatismes à un risque

suicidaire élevé. Le risque suicidaire est lié à l'ESPT lui-même mais aussi aux troubles comorbides associés notamment dépressifs, anxieux et addictifs (De Foucault, 2013, P.201).

Les dysfonctions sexuelles sont fréquentes, même après des traumatismes autres que des abus sexuels (Schulz, Sartorius, 2016, P.589).

Les patients ayant un TSPT ont également des taux élevés de maladies associées à une augmentation de la charge allostatique et aux processus inflammatoires, comme le diabète, l'obésité et les maladies auto-immunes, cardiovasculaires et gastro-intestinales. Les patients souffrant d'un TSPT comptent parmi les plus grands utilisateurs des systèmes de soins primaires, et leur prise en charge peut nécessiter une coordination avec les médecins généralistes et spécialistes qui traitent les plaintes comorbides somatiques ou médicales (Casey, 2018, P 110).

Par ailleurs, les études de comorbidité montrent que plus de la moitié des PTSD chroniques remplissent les critères d'un autre trouble mental (Granger, 2003, P 173).

Chez l'enfant, la comorbidité de l'ESPT avec un autre trouble est fréquente. 75% des jeunes présentant un ESPT auraient aussi un autre trouble comorbide ; les troubles les plus souvent notés sont également la dépression et le trouble anxieux (la phobie spécifique représentant un aspect de l'événement traumatique). Le trouble oppositionnel, les idées suicidaires et l'abus de substance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les difficultés d'apprentissage sont aussi associés et doivent être recherchés attentivement (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013, P.197).

Chez l'adolescente, des comportements anorexiques ou boulimiques sont souvent réactionnels à un événement traumatique (séparation, perte traumatique, deuils) (Séguin-Sabouraud de Foucault, 2013, P.199).

Chez la personne âgée, une comorbidité psychiatrique et somatique du PTSD est rapportée. Concernant la comorbidité psychiatrique, on cite : l'épisode dépressif majeur, possiblement accompagné d'idées suicidaires, mais aussi les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique avec agoraphobie), ou encore aux mésusages d'alcool, et de benzodiazépines. Il existe également des comorbidités somatiques importantes au premier rang desquelles les pathologies cardiovasculaires. Celles-ci sont le plus souvent en lien avec une augmentation des troubles métaboliques: le diabète, l'hypertriglycéridémie, l'hypertension. Les sujets présentant un TSPT ont ainsi un risque accru d'infarctus du myocarde ou d'angine de poitrine (Manetti, 2015).

Dès lors, les expériences traumatiques occasionnent une grande variété de symptômes psychiatriques. Certains proposent la catégorie de trauma complexe pour essayer de rassembler tous ces troubles, qui peuvent se retrouver chez le même sujet, en un seul diagnostic (Thiam, 2015, P.17).

3-Hypothèses explicatives concernant la comorbidité en psycho traumatologie:

Nous allons rebondir ici d'une manière générale quant à l'explication de la comorbidité en psychopathologie, puis de façon spécifique quant au psychotrauma.

La comorbidité de deux troubles A et B pose la question des liens les unissant : A entraîne B, B entraîne A, ou encore C entraîne A et B, sans oublier les interactions possibles. Mais, la comorbidité est une association et qui dit association ne dit pas relation causale. De nombreuses hypothèses intermédiaires peuvent être formulées : le modèle de la vulnérabilité et de la prédisposition, le modèle de pathoplastie (influence mutuelle sans lien de causalité), le modèle de spectre (les troubles reflètent une pathologie sous-jacente unique). Rajouter à cela l'hypothèse de l'indépendance des troubles (Bourdieu, 2011, P 35).

Par ailleurs, les cliniciens expliquent la présence des troubles comorbides en psychotraumatologie de différentes façons : Premièrement, le trouble comorbide apparaîtrait indépendamment, comme un résultat de l'expérience traumatique. Dans une deuxième explication, le trouble comorbide serait en fait une extension du noyau des symptômes du PTSD. Enfin il est également cliniquement possible que les taux élevés de comorbidité soient liés à une vulnérabilité latente, présente à l'intérieur de l'individu, qui augmenterait la probabilité de développer un PTSD tout comme d'autres troubles mentaux (Zech, Vandebussche, 2011, P.20).

À ce sujet, Ducrocq (2011) rajoute d'autres explications, en lien notamment, avec une simple complication, voire chez des sujets vulnérables, comme une évolution naturelle d'un ESPT non repéré ou mal traité ; mais il peut s'agir des troubles qui partageraient des déterminismes, une étiopathogénie ou une vulnérabilité commune quand la dernière hypothèse dénonce des imperfections ou approximations nosographiques à l'origine d'une confusion entre les troubles (Ducrocq, 2011, P.44).

De ce fait et comme le souligne si bien Rothschild (2008), le syndrome de stress post-traumatique « peut ainsi former un cercle très vicieux » (Rothschild, 2008, P.13).

En résumé, on ne sait pas vraiment si ces états comorbides préexistaient au traumatisme psychique et auraient été des facteurs favorisants, ou bien s'ils sont apparus parallèlement à l'état de stress post-traumatique.

4- Prise en charge de la comorbidité en psycho traumatologie:

Les troubles psychiques post-traumatique évoluent généralement vers la réduction du nombre des symptômes. Toutefois, chez certains patients, on constate l'apparition d'autres symptômes non spécifiques. En effet, le trauma peut provoquer des perturbations autre que le TSPT.

Il faut aussi noter, que ces pathologies associées peuvent même dominer la symptomatologie observée et / ou rapportée par le patient et/ ou son entourage. Dès lors, une prise en charge adéquate doit être proposée au sujet souffrant.

Ainsi, les psychothérapies pour les affections psychiatriques comorbides peuvent être intégrées (c'est-à-dire assurées par le même thérapeute), séquentielles, ou parallèles (conduites séparément, mais pendant la même période). Le traitement du trouble primaire peut permettre la rémission de troubles comorbides. Par exemple, on a observé qu'une thérapie cognitivo-comportementale axée sur le traumatisme peut, en l'absence d'autres traitements, être associée à une réduction des symptômes de dépression et de panique. La prise en charge doit être individualisée en prenant en considération la sévérité des symptômes, les rapports entre les affections comorbides, le besoin de préserver la personne d'un danger aigu ou bien de réduire les atteintes, les préférences du patient et la disponibilité des services. Bien qu'un traitement intégré soit généralement fondé, les recherches sur le traitement des affections comorbides sont encore à un stade préliminaire, et des recommandations fondées sur des données probantes n'existent pas encore (Casey, 2018, P.111).

Conclusion:

Le TSPT pose un véritable problème de santé publique du fait de ses comorbidités. Dans ce cadre, la comorbidité désigne la co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble et d'un autre trouble. Il s'agit de la coexistence de deux ou plusieurs troubles (articulation et association de deux troubles ou plus chez un même patient).

Par ailleurs, la comorbidité diminue sérieusement l'efficacité du protocole thérapeutique et est à l'origine de la chronicité du trouble traité ici.

Liste des références:

- Americian Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5 (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France: Masson.
- Benyamina, A. (2013). Alcool et troubles mentaux. Paris, France : Masson.
- Bourdieu, M-J-G (2011). Urgences psychiatriques. Paris, France : Masson.
- Casey, P.R. et Psych, F-R-C. (2018). Limites entre réponses normales et pathologiques. Dans P.R. Casey (dir.), Les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress. Le guide du clinicien (p.1-22). Paris, France: Elsevier Masson.
- Chahraoui, Kh. (2014). 15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme. Paris, France: Dunod.
- Ducrocq, F. (2011). Comorbidité. Dans C. Damiani. et F. Lebigot (dir), Les mots du trauma (P.44-45). Paris, France: Philippe Duval.
- Ferragut, E. (2005). Emotion et traumatisme. Paris, France: Masson.
- Granger, B. (2002). La psychiatrie aujourd'hui : du diagnostic au traitement. Paris, France: Odile Jacob.
- Hantouche, E. (2006). Troubles bipolaires, obsessions et compulsions. Paris, France: Odile Jacob.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Montréal, Canada: Institut canadien d'information sur la santé.
- Rothschild, B. (2008). Le corps se souvient : mémoire somatique et traitement du trauma (traduit par F. Ducène et M. Schils). Paris, France: De Boeck Supérieur.
- Schulz, P., & Sartorius, N. (2016). Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM 10. Paris, France : De Boeck Superieur.
- Séguin-Sabouraud, A. et de Foucault, V. (2013). Comorbidité. Dans M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (dir.), L'aide-mémoire de psycho-traumatologie (2 e éd) (P.193-200). Paris, France: Dunod.
- Stora, J-B. (1999). Quand le corps prend la relève : stress, traumatisme et maladies somatiques. Paris, France: Odile Jacob.
- Zech, E. et Vandenbussche, F. (2011). La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert : Manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur. Louvain, Belgique: Presses univ de Louvain.