

Trauma psychique et risque suicidaire, que sait-on aujourd'hui ?

Thierry Baubet

Université Paris 13, Inserm U669

- Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ?
- Quelques repères sur la clinique des traumatismes
- Que dit l'épidémiologie ?
- Que nous apprend la clinique sur le lien entre trauma et suicide ?
- Pistes pour la prévention

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ? (I)

- Pas un événement
- Se situe du côté du psychisme : l'expérience, délabrante pour le psychisme, de certains événements
- Tout événement adverse ne peut pas faire traumatisme
- Conséquence : des troubles spécifiques (différent des troubles réactionnels)

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ? (II)

- Psychanalyse :
 - Confrontation au « réel de la mort » (Lebigot)
 - Absence de préparation psychique
 - Effroi
 - DSM-V (critère A) : « exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violence in one or more of these ways :
 - Directly experiencing the event
 - Witnessing in person as it occurred to others
 - Learning it occurred to a close family member or a close friend (the event must have been violent or accidental)
 - Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details (ex : officier de police exposé répétitivement aux détails d'abus sexuels d'enfants) NE S'APPLIQUE PAS si exposition à travers de médias électroniques, films, photos sauf si cette exposition est liée au travail »
- Il n'y a plus de critère A2

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ? (III)

- L'expérience de l'effroi
 - « blanc » de la pensée, le sujet est « déshabité par le langage » (Lebigot), perd son humanité
 - Sentiment d'abandon, « rupture communautaire » (Barrois)
 - Pas de peur ni d'angoisse, qui peuvent surgir ensuite
 - Génératrice de culpabilité et de honte
- Lecture psychodynamique
 - Effraction de l'appareil psychique par une perception
 - « Corps étranger interne » (Freud)

« Demeurait cependant, au moment où la fusillade n'était plus qu'en attente, le sentiment de légèreté que je ne saurais traduire : libéré de la vie ? L'infini qui s'ouvre ? Ni bonheur, ni malheur. Ni l'absence de crainte et peut être déjà le pas au-delà. Je sais, j'imagine que ce sentiment inanalysable changea ce qui lui restait d'existence. Comme si la mort hors de lui ne pouvait désormais que se heurter à la mort en lui. « Je suis vivant. Non, tu es mort ». [...] Qu'importe. Seul demeure le sentiment de légèreté qui est la mort même ou, pour le dire plus précisément, l'instant de ma mort désormais toujours en instance. »

Maurice Blanchot

L'instant de ma mort (1994 : 7, 10-11, 16-17, 20).

Qu'est-ce qu'un traumatisme psychique ? (IV)

- Chez l'enfant d'âge préscolaire :
 - Événement violent unique ou répétés, débordant les capacités défensives de l'enfant (Drell 1993) qui en est victime ou témoin.
 - Double effet : effroi directement perçu et destructions des croyances infantiles (théories sociales infantiles de Bailly) : invulnérabilité et protection des parents, etc. « Rupture de la foi » dans l'environnement (Winnicott)
 - Conséquences développementales +++
 - Anna Freud (1965) :
 - « L'essence du traumatisme réside dans la mise hors service du Moi. L'enfant peut traverser une expérience on ne peut plus néfaste sans pour autant être traumatisé, c'est-à-dire qu'il peut y faire face grâce à l'un ou à l'autre des mécanismes de son Moi. Dans ce cas, on ne devrait pas parler de traumatisme ».
 - Lorsqu'il y a traumatisme, on observe le plus souvent une « réaction déficitaire du point de vue du Moi » : explosion de colère, stupeur, réaction somatique. « Le Moi a été mis hors-circuit et l'organisme a été contraint de régresser et à se servir de modes de fonctionnement archaïques, antérieurs à ceux du moi ».

Deux dimensions particulières

- Traumatismes intentionnels ou non
- Traumatisme unique ou répété
 - Traumatisme de type I et de type II (Terr)

Les troubles post-traumatiques

J1	IMMEDIAT	Stress adaptatif Stress dépassé Autres	DEFUSING
J2-J10	POST-IMMEDIAT	Réactions aigües de stress Stress traumatique aigu	DEBRIEFING - IPPI
J10 -J30			
M2		Stress post-traumatique SPT complexe Trbl humeur, anxieux, addictions, psychosomatiques...	PSYCHOTHERAPIE +/- PHARMACO
Long terme		Idem Modifications de la personnalité	

Syndrome de répétition traumatique

- Caractéristique
- Reviviscence = même détresse
- Immédiat ou différé
- Transitoire ou chronique
- Différentes formes
 - Intrusions (récurrentes, involontaires, perurbantes)
 - Cauchemars traumatiques
 - Réactions dissociatives (flash-backs, agir « comme si »)
 - Détresse intense lors de l'exposition à indices rappelant un aspect de l'événement
 - Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition...
 - NB : Chez l'enfant : jeu traumatique, intérêt exclusif, besoin d'en parler sans cesse...

PTSD

- A : Événement
- B : Reviviscences
- C : Evitement
- D : Altérations cognitives et de l'humeur
- E : Augmentation de la réactivité
- F : Au moins un mois
- G : Retentissement

Stress post-traumatique complexe (I)

- **Altération dans la régulation de l'état affectif**
 - Troubles chroniques de la régulation des affects
 - Difficultés à moduler les réactions de colère
 - Comportements auto-agressifs et suicidaires
 - Difficultés à moduler l'engagement dans des activités sexuelles
 - Comportements impulsifs
 - Prises de risques
- **Altération de l'attention et de l'état de conscience**
 - Amnésie (totale, partielle)
 - Episode dissociatif transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, autres)
- **Somatisation**
 - Douleurs chroniques
 - Troubles somatiques fonctionnels
 - Symptômes conversifs
 - Symptômes sexuels

Stress post-traumatique complexe (II)

- **Modification chronique du caractère**
 - Altération de la perception de soi : culpabilité et honte, auto-accusation, sentiment d'être inefficace et d'avoir un fonctionnement définitivement modifié (modification identitaire)
 - Altération de la perception de l'agresseur : préoccupation concernant l'agresseur (désir de vengeance), idéalisation de l'agresseur et autres distorsions des croyances le concernant
 - Altération de la relation aux autres : incapacité à faire confiance ou à maintenir des relations avec les autres, tendance à la re-victimisation, tendance hétéro-agressive (par exemple violence domestique)
- **Altération des systèmes de sens**
 - Désespoir
 - Perte de certaines croyances

Constatations cliniques (I)

- Culpabilité
- Abandon (vécu de rejet, d'exclusion, de rupture)
- Colère, hostilité, impulsivité
- Perte des croyances fondamentales et du sens (nature de l'homme et de soi)
- Passages à l'acte brutaux en lien avec une reviviscence ?
- Effets sur vie familiale, professionnelle et sociale

Constatactions cliniques (II)

- Comorbidité fréquente
 - Troubles anxieux
 - Addictions
 - Personnalité borderline
 - La question de l'humeur
 - Certains symptômes sont communs au PTSD et à la dépression (MDD)
 - Le PTSD est fréquemment associé à une dépression

Epidémiologie (I)

- Souvent rétrospectif : biais
- 15 x plus de risque de faire une TS chez les patients présentant un PTSD que chez les autres (Davidson 1991, pop gén.)
- Aux USA : les vétérans (hommes et femmes) meurent deux fois plus par suicide que la population générale
- L'association à un PTSD multiplie par 2.2 le risque de TS chez les patients MDD dans une étude prospective (Bolton 2010)

Epidémiologie (II)

- Ont été retrouvés comme significativement associé au risque suicidaire :
 - L'anxiété et la culpabilité (vet. US)
 - La fréquence des reviviscence et les symptômes d'évitement (PTSD en pop. Génée.)
- Le PTSD subsyndromique augmente significativement le risque d'idéation suicidaire et de passage à l'acte, même après contrôle pour dépression (Marshall 2001)

Cas particulier des traumatismes de l'enfant

- Dube (2001) étude sur 17.000 adultes
 - ATCD TS : 3.8%
 - Fraction du risque attribuable à des abus dans l'enfance = 80%
- Le risque de mourir d'un suicide est 5 fois plus élevé en cas d'abus dans l'enfance (notamment sexuel, mais pas seulement)
- Question du mécanisme fait l'objet de débats

- **Les traumatismes psychiques peuvent survenir à tout âge.**
- **Lorsque le traumatisme survient il engage le reste de la vie du sujet, susceptible de se manifester de manière dramatique (suicide) tard dans la vie.**
- **Dès lors, comment penser la prévention et l'accompagnement?**





DEFUSING

- Accueil et interlocution (F. Lebigot)
- Objectifs :
 - Limiter désorganisation / respecter défenses
 - Orienter urgences psychiatriques
 - Préparer les soins

DEBRIEFING - IPPI

- Post-immédiat
- Individuel ou groupal, volontaires
- Par des professionnels du soin psy formés à la technique
- 2 temps

De l'IPPI à la consultation thérapeutique

- Nombre de séances fixé au départ
- Expérience d'être compris et contenu
- Deuil de l'état antérieur
- Renouer les liens avec la personnalité et la vie d'avant
- Mobiliser les ressources personnelles (internes et externes) qui soutenaient le sujet avant l'événement
- Possibilité de demander une aide psychologique pour soi et non « pour le trauma »

L'urgence et la durée : l'engagement

- Des liens précieux dès les premiers instants
- Eteindre en urgence l'incendie psychique (rappel : la brûlure progresse à l'intérieur quand on croit le patient sauvé)
- « C'est le lien qui sauve » (d'autres diraient l'expérience du transfert)
- Lien pro mais aussi mobilisation des ressources perso

L'urgence et la durée : l'engagement (II)

- Certaines études ont montré moins de passage à l'acte suicidaire chez les patients ayant pu trouver une oreille, un tuteur, un adulte pour les soutenir
- Attention à l'épidémie cachée ! Derrière des comorbidités plus bruyantes ou dérangeantes (Addictions, Trouble oppositionnel, THADA, Anxiété de séparation...)

- Connaître le risque suicidaire supplémentaire lié au trauma et savoir l'évaluer
- Rechercher MDD, PTSD, Idées suicidaires à tous les stades de l'intervention
- Savoir que le trauma est souvent minoré (le sujet se sent honteux et coupable, son entourage souhaite tourner la page...)

C'est la relation qui soigne, aussi précoce que possible, elle aide à remettre des mots sur le néant,
À accueillir, contenir, transformer

