

d'eux-mêmes et du monde qui les entoure. Ils utilisent les paroles de leur proche comme des « prothèses de représentation ». Si certains patients peuvent identifier les « prothèses de représentation » qu'ils utilisent comme leur étant extérieures (et donc repérer qu'ils reprennent à leur compte le discours d'un autre), d'autres, au contraire, ne peuvent plus parler en leur nom propre et dire « je ». Dans un article récent, Pachalska *et al.* ont décrit ce qu'ils appellent « le syndrome d'identité prêtée » chez des patients avec des troubles de la mémoire autobiographique. Ces patients, disent-ils, ne peuvent plus parler à la « première personne » mais ils parlent à la « troisième personne » quand ils donnent des informations sur eux-mêmes et leur histoire personnelle [25].

### Les difficultés du travail de deuil

Celui-ci présente des spécificités car il concerne l'identité la plus intime [8]. Pour Tadir et Stern, la difficulté du travail de deuil chez les patients cérébrolésés est liée au fait qu'ils ont à faire le deuil d'une partie de leur personnalité. D'où, dans un premier temps, l'utilisation massive du déni et de processus d'isolation comme mécanismes de défense [35].

Dans la recherche que nous avons menée sur la méconnaissance du handicap cognitif et comportemental chez les patients cérébrolésés [22, 23], les difficultés du travail de deuil renvoyaient à deux éléments distincts selon les patients. Soit, le sujet savait qu'il avait perdu quelque chose, mais il ne pouvait pas retirer sa libido de cette partie de lui perdue. Il avait une connaissance de ses séquelles, mais il n'en tirait pas les conséquences en raison de la prégnance d'une vie pré-traumatique idéalisée dont il ne pouvait se déprendre ou d'un idéal de normalité. Soit, à cause de la difficulté à intégrer l'expérience de la maladie dans son espace psychique et faute de représentation éprouvée de l'accident et de ses conséquences, le sujet n'appréhendait pas ce qu'il avait perdu. Il ne pouvait donc pas effectuer un travail psychique de symbolisation autour de cette perte et se confronter au manque.

Dans tous les cas, le travail de deuil, à cause de sa complexité, est très long, variable selon l'histoire consciente et inconsciente de chaque individu et de sa famille, selon les deuils et les traumatismes antérieurs, et selon la façon dont la maladie et ses conséquences s'intègrent dans cette histoire. Les difficultés du travail de deuil apparaissaient souvent confondues avec de la méconnaissance du handicap.

De nombreux cliniciens ont insisté sur l'importance du travail psychothérapeutique pour permettre le sentiment de continuité identitaire malgré les ruptures, sur l'aspect contenant et étayant de la psychothérapie pour permettre au patient de retrouver des bases narcissiques suffisantes et un sentiment de continuité. Un sentiment de continuité de

soi et des bases narcissiques suffisantes sont en effet des conditions nécessaires pour pouvoir entamer un travail de deuil [8, 22, 33, 34] sans trop de risque de bascule dans la mélancolie.

### Conclusion

Les éléments psychopathologiques décrits ici éclairent, de façon partielle et non contradictoire avec d'autres approches, les troubles psychiatriques et les troubles du comportement des patients cérébrolésés et leurs difficultés à trouver leur place dans la famille et dans la société.

Une approche psychothérapeutique permettant au patient (et à ses proches), d'une part, de traverser la maladie en gardant le rapport le plus authentique possible à lui-même et à l'autre, d'autre part, la reconnaissance d'une continuité psychique profonde, malgré la mise à mal de l'identité, et aussi la confrontation aux questions personnelles et existentielles que la maladie a dévoilé ou a fait resurgir, peut aider le patient à garder le sentiment de son identité et de sa valeur et l'aider à retrouver une place dans sa famille et dans la société.

**Conflits d'intérêts :** aucun.

### Références

1. Butler RW, Satz P. Individual psychotherapy with head-injured patients, clinical notes for the practitioner. *Prof Psychol Res Pract* 1988 ; 19 : 536-41.
2. Drubach D, Mc Allister R, Hartman P. "The use of a psychoanalytic framework in the rehabilitation of patients with traumatic brain injury". *Am J Psychoanal* 1994 ; 54 : 255-63.
3. Fromage B, Le Gall D, Gardey M. L'expérience du non-soi chez les sujets cérébro-lésés. *Inf Psychiatr* 2002 ; 10 : 999-1008.
4. Geva N, Stern JM. The use of dreams as psychotherapeutic technique with brain-injured patients. *Scand J Rehabil Med* 1985 ; suppl. 12 : 47-9.
5. Giacino JT, Cicerone KD. « Varieties of deficit unawareness after brain injury ». *J Head Trauma Rehabil* 1998 ; 13 : 1-15.
6. Goldstein K. *La structure de l'organisme*. Paris : Gallimard, 1951 (444 p.).
7. Golse B, Ouss L. *Vers une neuropsychanalyse*. Paris : Odile Jacob, 2009 (300 p.).
8. Grosswasser Z, Stern JM. A psychodynamic model of behavior after acute central nervous system damage. *J Head Trauma Rehabil* 1998 ; 13 : 69-79.
9. Gutman SA, Niaperklemic J. The experience of head injury on the impairment of gender identity and gender role. *Am J Occup Ther* 1996 ; 50 : 535-44.

10. Havet-Thomassin V, Gardey AM, Aubin G. « La blessure cérébrale, contribution à une lisibilité différentielle du phénomène de méconnaissance ». *Encephale* 2004 ; 30 : 171-81.
11. Kaplan-Solmes K, Solmes S. *Clinical studies in neuropsychanalysis*. New York : Karnac books, 2000 (320 p.).
12. Langer K, Padrone F. « Psychotherapeutic treatment of awareness in acute rehabilitation of traumatic brain injury ». *Neuropsychol Rehabil* 1992 ; 2 : 59-70.
13. Langer K, Laatsch G, Lewis L. *Psychotherapeutic interventions for adults with brain injury or stroke: a clinician's treatment resource*. Madison : Psychosocial Press, 1999 (257 p.).
14. Lewis L, Rosenberg SJ. Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis* 1990 ; 178 : 69-77.
15. Lewis L. "Role of psychological factors in disordered awareness", Awareness of deficit after brain injury. In : Prigatano GP, Schachter DL, éd. *Clinical and theoretical issues*. New York : Oxford University Press, 1991, p. 223-39.
16. Lewis L. « Two neuropsychological models and their psychotherapeutic implications ». *Bull Menninger Clin* 1992 ; 56 : 20-32.
17. Miller L. Psychotherapy of the brain injured patient: principles and practice. *Cogn Rehabil* 1991 ; 9 : 24-30.
18. Miller L. The primitive personality and the organic personality: a neuropsychodynamic model for evaluation and treatment. *Psychoanal Psychol* 1992 ; 9 : 93-109.
19. Morin C. Subjectivité et lésion cérébrale. *Inf Psychiatr* 1997 ; 73 : 927-9.
20. Morin C, Thibierge S. L'image du corps en neurologie : de la cénesthésie à l'image spéculaire, apports cliniques et théoriques de la psychanalyse. *Evol Psychiatr* 2004 ; 69 : 417-30.
21. Oppenheim-Gluckman H. *Mémoire de l'absence*. Paris : Masson, 1996 (176 p.).
22. Oppenheim-Gluckman H. *La pensée naufragée*. Paris : Anthropos, 2006 (174 p.).
23. Oppenheim-Gluckman H, Fayol P, De Collas P. « Psychopathologie de la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux des traumatisés crâniens sévères ». *Ann Readapt Med Phys* 2003 ; 46 : 41-8.
24. Ouss L. Psychothérapie chez les patients porteurs de lésions cérébrales : une approche intégrative basée sur une double lecture psychodynamique et neuropsychologique. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2010 ; 8 : 263-75.
25. Pachalska M, Mac Quenn BD, Kaczmarek BL. A case of "borrowed identity syndrome" after severe traumatic brain injury. *Med Sci Monit* 2011 ; 17 : 18-28.
26. Persinger MA. Personality changes following brain injury as a grief response to the loss of sense of self: phenomenological themes as indices of local lability and neurocognitive structuring as psychotherapy. *Psychol Rep* 1993 ; 72 : 1059-68.
27. Prigatano GP, Klonoff PS. "A clinician's rating scale for evaluating impaired self awareness and denial of disability after brain injury". *Clin Neuropsychol* 1997 ; 11 : 1-11.
28. Prigatano GP. *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York : Oxford University Press, 1999.
29. Prigatano GP, Weinstein EA. "Edwin A Weinstein's contributions to neuropsychological rehabilitation". *Neuropsychol Rehabil* 1996 ; 6 : 305-26.
30. Silva JA, Leong GB, Thi Luong M. Split body and self: an unusual case of misidentification. *Can J Psychiatry* 1989 ; 34 : 728-30.
31. Solms M. "A psychoanalytic perspective on confabulation". *Neuropsychanalysis* 2000 ; 2 : 133-44.
32. Stern B, Stern JM. On the use of dreams as a means of diagnosis of brain-injured patient. *Scand J Rehabil Med* 1985 ; suppl. 12 : 44-6.
33. Stern JM. The quality of the psychotherapeutic process in brain-injured patients. *Scand J Rehabil Med* 1985 ; suppl. 12 : 42-3.
34. Stern JM. The psychotherapeutic process with brain-injured patients: a dynamic approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1985 ; 22 : 83-7.
35. Tadir M, Stern JM. "The mourning process with brain injured patients". *Scand J Rehabil Med* 1985 ; suppl. 12 : 50-2.
36. Thibierge S. *Clinique de l'identité*. Paris : PUF, 2007 (163 p.).
37. Weinstein EA, Kahn RL. "The syndrome of anosognosia". *Arch Neurol Psychiatry* 1950 ; 64 : 772-91.
38. Weinstein EA, Kahn RL. "Personality factors in denial of illness". *Arch Neurol Psychiatry* 1953 ; 69 : 355-67.

# Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien

**Christophe Lermuzeaux**

## RÉSUMÉ

L'étude de la littérature la plus récente sur ce thème démontre avec consistance que les victimes de traumatisme crânien présentent un risque significativement accru de développer des syndromes psychiatriques, et cela pour tous les syndromes psychiatriques présentés dans cet article à l'exception des abus de substances. Malgré ces évidences, de nombreuses questions restent posées, qui tiennent au caractère intriqué et complexe des axes étiopathogéniques incriminés.

**Mots clés :** traumatisme crânien, pathologie psychiatrique, syndrome post-traumatique, revue de la littérature, étiologie

## ABSTRACT

**Psychiatric disorders in post-traumatic brain injured patients.** The assessment of most recent specialized data on this theme consistently demonstrates that people surviving a traumatic brain injury are at an increased risk of developing psychiatric syndromes. This is true for all the psychiatric syndromes surveyed, except for substance abuse. However, many questions remain in order to determine the role played by physical and emotional trauma as well as the complex interaction between pre-, per- and post-traumatic psychological and physiogenic factors.

**Key words:** head injury, psychiatric disorder, post-traumatic syndrome, literature review, aetiology

## RESUMEN

**Los trastornos psiquiátricos postraumáticos en el traumatizado craneal.** El estudio de la literatura más reciente sobre este tema demuestra con fuerza que las víctimas del traumatismo craneal presentan un riesgo significativamente incrementado de desarrollar unos síndromas psiquiátricos, y ello para todos los síndromes psiquiátricos presentados en este artículo con excepción del abuso de sustancias. A pesar de estas evidencias, numerosas cuestiones siguen planteándose que tienen que ver con el carácter intrincado y complejo de los ejes etiopatogénicos aludidos.

**Palabras claves :** traumatismo craneal, patología psiquiátrica, síndrome postraumático, repaso de la literatura, etiología

## Introduction

Le traumatisme crânien, consécutif à un ébranlement plus ou moins sévère du cerveau dans la boîte crânienne, de quelque origine qu'il soit, peut se caractériser priori-

tairement par l'intrication étroite et complexe des facteurs étiopathogéniques qui vont présider au développement des troubles et des séquelles post-traumatiques.

Seule une conception organopsychique peut rendre compte de cette complexité et intégrer la double dimension

Psychiatre des hôpitaux, médecin chef de pôle, Institut Marcel-Rivière (MGEN), route de Montfort, La Verrière, BP601, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex, France  
<clermuzeaux@mgen.fr>

**Tirés à part :** C. Lermuzeaux

du traumatisme cérébral et lésionnel avec ses répercussions neuropsychologiques, d'une part, et du traumatisme psychique, existentiel avec ses remaniements psychodynamiques, d'autre part, cela survenant chez un individu donné, doté d'une personnalité de base, dans un contexte environnemental bouleversé.

On conçoit mieux, dès lors, la difficulté d'aborder de manière globale et synthétique la présentation des troubles psychiques qui peuvent survenir chez le traumatisé crânien aux différents temps de son parcours post-traumatique.

Les trois angles d'approche différents retenus par les auteurs des trois derniers articles parus dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie* sur ce thème en témoignent [10, 15, 36].

Si les auteurs, en 1994 [10], optaient pour une étude transnosographique limitée aux pathologies psychiatriques « traumatiques », c'est-à-dire réactionnelles à un traumatisme psychique sans lien nécessaire avec une attente somatique, en 1996 [15], ils tentaient de restituer les troubles psychiques dans les trois dimensions spécifiques du traumatisme crânien, cérébrale, cognitive et psychique, dans les moments dynamiques successifs où elles prenaient leur signification. Enfin, en 2008, l'article [36] abordait spécifiquement le traumatisme crânien sévère, de manière descriptive approfondie, dans ses dimensions somatiques, neuropsychologiques, psychologiques et psychiatriques en se référant à différents modèles théoriques, appliqués là encore aux différentes étapes qui vont de la réanimation à la réinsertion.

De la même manière, alors qu'il s'agit d'un problème de santé publique mondial majeur, doit-on constater que la littérature internationale spécialisée sur ce thème se heurte souvent à sa complexité et que rares sont encore les études méthodologiques robustes.

Enfin, acceptons qu'en France, à l'exception de rares services ou centres spécialisés, à l'exception de quelques auteurs et équipes de chercheurs spécialisés sur ce large thème ou l'un de ses versants, l'évolution de la psychiatrie depuis son individualisation en tant que spécialité à part entière, distincte de la neurologie, ait pu favoriser cette prise de distance à l'égard de la dimension organopsychique.

Dans ces conditions, on peut noter avec satisfaction le nombre croissant d'études portant sur les questions difficiles que soulèvent les troubles psychiatriques post-traumatiques ; je pense en particulier aux débats actuels qui tentent de mieux cerner les limites encore controversées des psychoses post-traumatiques.

## De quelques rappels préliminaires

« Traumatisme fulgurant et durable de l'être entier » [15], le traumatisme crânien peut conduire à des réactions psychiatriques ou à la constitution d'états psychiatriques post-traumatiques, depuis la phase de « ramassage »

jusqu'aux dernières étapes de la réhabilitation psychosociale. Si la psychiatrie peut alors apporter la spécificité de son regard organopsychique dans la trajectoire diagnostique et thérapeutique de la victime, cela ne peut se concevoir que dans une interdisciplinarité, mieux une « transdisciplinarité », avec les autres disciplines médicochirurgicales et rééducatives concernées.

S'il faut souligner l'intérêt mais aussi les limites de l'approche syndromique (le traumatisé crânien sévère souffre souvent de lésions multifocales), il faut également souligner l'intérêt mais aussi les limites de l'approche symptomatique (difficultés d'un consensus sur la notion de comportement du fait de la variable culturelle), nous devons ici aussi rappeler l'insuffisance encore actuelle d'outils méthodologiques fiables malgré des progrès indéniables (échelle *European Brain Injury Scale* [EBIS]) [9].

Nous ne reviendrons pas ici sur les données épidémiologiques générales concernant la très forte incidence des traumatismes crâniens de légers à sévères.

## Approche clinique des troubles psychiatriques post-traumatiques

Nous laisserons ici volontairement de côté, malgré l'importance des intrications et interactions étiopathogéniques rappelées en introduction, les troubles somatiques (épilepsie post-traumatique, hydrocéphalie à pression normale), les troubles neuropsychologiques et leurs répercussions comportementales, les troubles psychologiques touchant l'identité subjective très complètement exposés par Oppenheim-Gluckman dans son livre *La pensée naufragée* [34], pour nous centrer sur les seules complications psychiatriques « pures ».

Nous présenterons successivement à la lumière de travaux anciens et de référence ou plus récents, et sur la base nosographique de la CIM-10 [35] :

- le syndrome post-commotionnel ;
- le trouble organique de la personnalité ;
- les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes en ciblant particulièrement l'état de stress post-traumatique (ESPT) et les modifications durables de la personnalité ;
- les troubles post-traumatiques de l'humeur ;
- les troubles psychotiques post-traumatiques ;
- la place des addictions dans la trajectoire anté-, per- et post-traumatique.

Comme notre introduction l'a souligné, le poly-déterminisme étiopathogénique dans le champ post-traumatique imposera devant chaque tableau clinique, comme devant chaque traumatisé crânien, de prendre en compte le type de traumatisme, physique (lésionnel) ou psychique et souvent leur concomitance, la personnalité de base que nous préférons à la notion de personnalité antérieure trop proche de celle d'état antérieur ou de prédisposition.

De même, l'évaluation de l'environnement, du contexte social, des interactions avec la famille et les professionnels de santé doit rester un fil rouge indispensable à toutes démarches diagnostique et thérapeutique, à toutes les phases du parcours post-traumatique et quel que soit le tableau clinique concerné.

### Le syndrome post-commotionnel

De statut nosologique encore incertain, il survient à la suite d'un traumatisme crânien souvent décrit comme léger, ayant habituellement entraîné une perte de connaissance, le plus souvent brève, même si là encore les auteurs divergent, certains acceptant l'absence de perte de connaissance, d'autres lui fixant une durée minimale pour être validée.

Il se traduit cliniquement par la diversité des symptômes qui peuvent là encore apparaître dans les suites immédiates ou différées (de quelques jours à un mois) du traumatisme. Mais ici encore certains auteurs interrogent la relation entre traumatisme crânien léger et le syndrome post-commotionnel [16]. L'association de symptômes d'allure organique et de symptômes de registre psychologique [31] continue d'alimenter le débat entre les tenants d'une étiologie organique ou d'une étiologie psychogène (conversive ?). De même, est ici particulièrement posée la question de la personnalité de base et de ses réaménagements psychopathologiques post-traumatiques, comme Babinski et Froment dès 1918 l'avaient souligné [5], hypothèse qui si elle n'a jamais été prouvée, retrouve un certain écho comme en témoigne l'article de Macleod [28].

Le tableau pour être validé doit associer, dans les suites du traumatisme crânien dont les caractéristiques ont été précisées plus haut, au moins trois des symptômes suivants au premier rang desquels :

- les céphalées (29 à 54 %) ;
- les sensations vertigineuses (26 à 58 %) ;
- l'insomnie (11 à 58 %).

Comme les autres symptômes, on retrouve régulièrement cités, la fatigue, les difficultés d'attention, de concentration et de mémoire, l'irritabilité, l'intolérance au bruit, au stress et une baisse de la tolérance à l'alcool.

Mais si l'évolution de ce syndrome, qui affecte selon les articles environ 15 % des traumatisés crâniens, est en règle favorable en quelques mois, selon la personnalité de base, la qualité de l'environnement psychosocial, l'inquiétude liée aux symptômes, la crainte liée à l'atteinte cérébrale peuvent contribuer à favoriser une évolution hypocondriaque ou dépressive et anxieuse.

### Le trouble organique de la personnalité

Une altération de la personnalité et du comportement peut se constituer au décours d'une lésion ou d'un dys-

fonctionnement cérébral et donc dans les suites d'un traumatisme crânien.

Les perturbations vont concerner l'expression des émotions (labilité émotionnelle, jovialité inappropriée, irritabilité, colères...) et l'expression des besoins et des pulsions (désinhibition dans l'expression sans égard pour les conséquences sociales). Les troubles cognitifs réduisent la capacité à mener à bien des activités de longue haleine, dirigées vers un but et ne s'accompagnant pas d'une satisfaction immédiate.

Il faut qu'au moins deux de ces caractéristiques symptomatiques soient associées aux suites d'un traumatisme crânien pour que le diagnostic soit validé.

### Réactions aiguës à un facteur de stress, état de stress post-traumatique et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

S'il existe des réactions aiguës à un facteur de stress majeur, comme peuvent en réaliser certains types d'accident de la voie publique (AVP), qu'elles soient le plus souvent névrotiques (réaction d'angoisse aiguë avec son double versant somatique et psychologique, réactions hystériques critiques à type d'états crépusculaires...), ou parfois d'expression psychotique (confusionnelle ou délirante), la psychiatrie militaire et son champ d'observation clinique privilégié ont permis de décrire un ensemble clinique cohérent, où se retrouvent d'ailleurs la plupart des éléments mis en évidence par Freud avec sa description de la « névrose traumatique » [17]. Citons, côté français, Crocq en particulier [11] et la référence que représente la synthèse qu'en donne Barrois dans son livre consacré aux névroses traumatiques [6]. Côté américain, avec la guerre du Viet Nam notamment, les travaux sur ce thème vont aboutir à la validation de l'ESPT dans les différentes versions du DSM [2] à partir du DSM3.

L'ESPT s'installe parfois dans les suites immédiates de la réaction anxieuse aiguë décrite plus haut mais le plus souvent après une latence de quelques jours à quelques semaines mais en règle générale avant six mois.

Le syndrome de répétition est pathognomonique : dans un climat d'anxiété généralisée, il se caractérise par des cauchemars quotidiens ou plus espacés qui reproduisent la scène traumatique (ici l'AVP) ou des scènes de violence similaire « perpétuation » selon Crocq [11] « d'une expérience non intégrée ». Il se traduit aussi par l'irruption dans la vie diurne des « flashes-back » reproduisant la scène traumatique. Vont dès lors s'installer des conduites d'évitement de tout stimulus associé à la scène traumatique, ce qui va participer du retrait social renforcé par un émoussement affectif, un détachement à l'égard des autres et du réel.

L'évolution est souvent longue mais favorable, fonction de la personnalité de base, du soutien sociofamilial, des

thérapeutiques entreprises. Dans un contexte défavorable, le glissement vers une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (et certaines scènes vécues au cours d'accidents de la route dramatiques sont de ce registre) ou le glissement vers un état dépressif sont possibles.

Certains auteurs [4] font d'ailleurs le lien entre l'ESPT et certaines évolutions psychotiques, ce qui renvoie aux notions de personnalité de base et de structure sous-jacente.

Un élément cardinal rapporté par toutes les victimes souffrant d'un ESPT est le souvenir d'avoir été confronté à l'idée ou la vision de sa propre mort ou de celle de ses proches (récits de guerre, récits d'AVP).

Cela conduit la plupart des auteurs à tenir l'amnésie post-traumatique (APT) comme facteur protecteur à l'endroit de l'ESPT mais il y a là encore débat, alimenté par de nombreuses études récentes dont certaines [19] vont jusqu'à interroger le souvenir de l'évènement traumatique comme facteur de risque dans le développement de l'ESPT. L'amnésie, si elle n'est pas toujours retenue comme totalement protectrice, est reconnue comme facteur atténuateur. Les contre-arguments des auteurs [18, 44], qui interrogent le rôle totalement protecteur de l'APT, résident dans l'hypothèse que les patients même amnésiques réexpérimenteraient le traumatisme à partir de ce qui leur en était rapporté par la suite. Ils s'appuient aussi sur l'hypothèse que ces informations indirectes auraient pu s'agréger à des îlots mémorisés, sous forme de flash dans le cadre plus global de l'amnésie.

Dans le même temps, certains auteurs [30] cherchent à distinguer quelles séquelles neuropsychiatriques sont dues à quel type de traumatisme crânien ; le constat serait que des régions similaires du cerveau sont vulnérables aux effets du traumatisme psychologique comme à celui du traumatisme biomécanique.

Van Boven *et al.* [45] synthétisent sur le même thème les avancées dans le domaine de la neuro-imagerie du traumatisme crânien et du ESPT. On le voit, malgré sa cohérence clinique et son « identification » nosographique, l'ESPT est actuellement l'objet de nouvelles approches qui témoignent de sa place heuristique au carrefour des interrogations étiopathogéniques que posent les complications psychiatriques post-traumatiques ; en témoigne encore par exemple l'article de King [25] qui interroge en son titre : « ESPT et traumatisme crânien : folklore et fait ? ».

## Troubles de l'humeur post-traumatiques

### Troubles dépressifs post-traumatiques

La dépression post-traumatique est l'une des plus fréquentes complications psychiatriques du traumatisme crânien ; la prévalence varie selon les études et leur méthodologie mais semble se situer entre 25 et 50 % après un traumatisme crânien de moyen à sévère, pour une prévalence de 17 % dans la population générale.

Seel *et al.* [40] décrivent la fatigue (29 %), les troubles de l'attention et de la concentration (28 %), la colère et l'irritabilité (28 %) et les ruminations dépressives (25 %) comme les symptômes les plus fréquents au terme d'une étude prospective multicentrique menée chez 666 patients dans les suites d'un traumatisme crânien de modéré à sévère. Vingt-sept pour cent des patients présentaient les critères d'un épisode dépressif majeur. Le facteur de risque de développer un état dépressif majeur après un traumatisme crânien est renforcé par une pathologie psychiatrique préalable et un statut socioéconomique faible dans plusieurs études [8, 22].

Des études ont montré un lien puissant entre traumatisme crânien et risque suicidaire, de même qu'entre comorbidité psychiatrique, traumatisme crânien et risque suicidaire [8, 21].

Dans une étude rétrospective portant sur 5 037 patients, Silver *et al.* [43] ont conclu à l'existence, chez les patients victimes de traumatisme crânien avec coma, d'un risque de tentative de suicide quatre fois supérieur à celui de la population générale et cela après avoir éliminé l'abus d'alcool, ou tout autre comorbidité psychiatrique.

### Traumatisme crânien et autres troubles de l'humeur

Si la dépression est le principal trouble de l'humeur rencontré après à un traumatisme crânien, des cas de manies unipolaires et de troubles bipolaires ont été observés. La littérature repose essentiellement sur des études de cas portant sur de faibles cohortes. Il n'existe pas d'étude robuste portant sur l'incidence ou la prévalence de la manie ou du trouble bipolaire post-traumatisme crânien.

Dans deux études consacrées aux états maniaques post-traumatiques [23, 42], les troubles maniaques étaient significativement corrélés à une lésion temporale pour la première étude et les symptômes d'allure maniaque étaient, dans les deux études, difficilement dissociables de symptômes typiquement frontaux. Doit-on considérer comme de véritables états maniaques les nombreux états post-traumatiques où prédomine la note d'exaltation thymique corrélée à des lésions centrales frontotemporales, dans lesquels l'association de signes neuropsychologiques et les caractéristiques évolutives ne rendent pas compte d'un état maniaque pur ?

De plus, le traumatisme crânien peut également apparaître comme un facteur de vulnérabilité favorisant la survenue de l'état maniaque de par sa seule dimension de traumatisme psychogène.

Pour les troubles bipolaires de l'humeur, dans leur revue de la littérature, Van Reekum *et al.* [46] rapportent qu'un trouble bipolaire apparaît chez 4,2 % des patients victimes d'un traumatisme crânien, soit une prévalence nettement supérieure à celle de la population générale. Ils n'apportent cependant aucun élément en faveur de la preuve d'un gradient biologique dans lequel la sévérité du traumatisme crânien conditionnerait le risque de trouble bipolaire. En

revanche, une relation de cohérence est avancée avec la séquence temporelle et des preuves de lésions touchant préférentiellement l'hémisphère droit en sous-cortical et limbique.

Deux autres études de prévalence du trouble bipolaire après traumatisme crânien rapportaient, pour l'une [26], une prévalence de 1,7 % sur une période de 30 ans après le traumatisme crânien et, pour l'autre [43], une prévalence de 1,6 % ce qui rapproche nettement de la prévalence en population générale.

Enfin, sur 535 patients au diagnostic de trouble bipolaire confirmé, Sagdoyu [39] retrouvait 126 patients aux antécédents de traumatisme crânien léger ; 54 d'entre eux avaient eu un traumatisme crânien léger avant l'apparition des symptômes de trouble bipolaire, pour les 72 autres, les symptômes bipolaires précédaient le traumatisme crânien léger.

Tout cela renvoie bien sûr à l'intrication psycho-organique régulièrement interrogée dans ce chapitre et justifierait d'investigations plus solides.

### Troubles psychotiques chroniques post-traumatiques

Nous avons délibérément récusé le terme de « schizophrénie post-traumatique » pour maintenir toute sa légitimité à la notion de schizophrénie, qu'on pourrait encore appeler « idiopathique », « processuelle », même si les hypothèses étiopathogéniques, notamment neuro-développementales, dans un contexte qui reste plurifactoriel, se précisent lentement.

Il n'empêche, les débats qui tournent autour de la notion de « *post-traumatic schizophrenia-like syndrome* », la validation par la CIM-10 du diagnostic de « trouble délirant (d'allure schizophrénique) post-traumatique (F06.2) », témoignent d'un intérêt croissant pour ce questionnement au-delà d'un positionnement dogmatique.

Le traumatisme crânien est reconnu, depuis l'étude de Davidson and Bagley en 1969 [13], comme un facteur de risque possible pour des psychoses d'allure schizophrénique. Trente ans plus tard, David et Prince [12] réexaminaient ces données et concluaient que le lien n'était pas valable.

Nous ne ferons que citer les études de Sadchev *et al.* (2001) [38], de Deb *et al.* (1999) [14], qui retrouvaient une association significative mais avec un large spectre de psychoses non affective plutôt qu'avec une schizophrénie précisée.

L'étude de Nielsen *et al.* en 2002 [33] examinait les pourcentages de traumatisme crânien chez 8 288 patients dans les 15 ans qui précédaient leur admission pour un diagnostic de schizophrénie et les comparait à 8 880 cas-témoins, rapportés à l'âge et au sexe. La définition du traumatisme crânien retenue était celle d'un traumatisme crânien sévère. Leurs résultats n'excluaient pas que pour les hommes, le

traumatisme crânien sévère puisse intervenir comme facteur de risque pour le déclenchement de la schizophrénie dans un pourcentage limité de cas. Cette relation pouvait également être validée pour les femmes mais son lien à des antécédents plus nombreux d'autres traumatismes non seulement crâniens (également pris en considération dans l'étude) affaiblirait ce lien.

Malaspina *et al.* (2001) [29] et Abdel Malik *et al.* (2003) [1] retrouvaient une association plus spécifique entre traumatisme crânien et trouble schizophrénique, essentiellement chez les patients schizophrènes présentant une prédisposition génétique.

Kim [24] en 2008, après une revue de la littérature concernant les troubles psychotiques secondaires à un traumatisme crânien, concluait à la nécessité de distinguer la schizophrénie des autres syndromes psychotiques et insistait sur les facteurs de risque familiaux. Il confirmait que les résultats des études tant rétrospectives que prospectives devaient être modulés par les biais liés à l'imprécision des critères cliniques, tant dans le champ de la psychose que du traumatisme crânien.

Cela témoigne de la complexité de la problématique et des difficultés méthodologiques qui en découlent et explique sans doute la passion des débats qui animent les tenants d'une distinction stricte, absolue entre les deux entités, schizophrénie « idiopathique » et « schizophrénie » post-traumatique (nous préférons pour notre part parler de psychose post-traumatique d'allure schizophrénique) et les tenants d'une position plus ouverte cherchant à analyser plus finement les interactions et les liens entre les deux entités et les chevauchements possibles de leurs soubassements étiopathogéniques.

C'est l'intérêt de l'étude de Molloy *et al.* publiée en 2011 [32], que d'avoir conduit une revue systématique avec méta-analyse de la littérature sur ce thème, en cherchant à préciser le risque de « schizophrénie » chez des individus ayant présenté un traumatisme crânien en le comparant au risque de schizophrénie dans un groupe témoin. Notons, cependant, la variabilité des mots-clés définissant la « schizophrénie » dans leur étude de la littérature (172 articles) : schizophrénie, psychose, trouble psychotique non affectif, trouble délirant. . .

La méta-analyse mettait en évidence une association significative entre traumatisme crânien et « schizophrénie », avec cependant une hétérogénéité certaine selon les études. N'apparaissait pas de relation entre la sévérité du traumatisme crânien et le risque de « schizophrénie » post-traumatique.

Était retrouvé la notion d'un risque majoré pour la population présentant une prédisposition génétique.

Si la notion d'une relation entre traumatisme crânien et psychose post-traumatique d'allure schizophrénique est probable, elle reste difficile à préciser.

Les associations retrouvées selon les études ne signifient pas imputabilité directe et définitive. . .

Il est également difficile [37] d'affirmer que le traumatisme crânien a causé le trouble ou n'a pas joué qu'un rôle facilitateur, ou que le trouble psychotique était en train de se constituer compte tenu des facteurs souvent communs aux deux populations (âge de début de la schizophrénie et du traumatisme crânien : 15 à 25 ans, abus d'alcool ou d'autres toxiques illicites, dont le cannabis, existence possible de troubles neuropsychologiques mineurs dont les troubles de l'attention).

Malgré la qualité de ces travaux, soulignons-en certaines limites : l'hétérogénéité méthodologique des études, l'absence de notions sur la localisation des atteintes cérébrales, l'absence d'information dans les études analysées sur l'épilepsie ou non associée.

Ainsi, depuis Kraepelin qui dès 1918 fut le premier à évoquer les traumatismes crâniens durant l'enfance comme facteur prédisposant à la « *dementia praecox* », en passant par Angelergues et Audisio [3] qui, en 1964, proposaient sous le terme de « démences traumatiques », des états confusionnels qui évoluaient vers des tableaux d'allure démentielle où s'intriquaient les symptômes d'allure schizophrénique, voire catatonique, jusqu'aux travaux plus récents, je pense à l'article d'Auxéméry et Fidelle [4] qui en 2011 proposent une articulation théorique des symptômes psychotraumatiques et psychotiques chroniques, la question nosologique des troubles psychotiques survenant après un traumatisme crânien soulève encore la question idéologique qui a opposé les défenseurs de l'organogenèse et de la psychogenèse.

Dans le domaine expertal, cette controverse nosologique garde son acuité, l'effort clinique de Senninger en 1987 [41] à partir de 20 observations devait être rappelé ici pour identifier une forme clinique de schizophrénie post-traumatique à la condition que soient réunis trois critères indispensables au diagnostic :

- l'existence d'un syndrome confusionnel post-traumatique ;
- un délire centré sur le traumatisme ;
- un délai d'apparition des troubles inférieurs à deux ans.

La faible cohorte et l'accent direct mis sur l'association des termes schizophrénie et post-traumatique ont bien sûr desservi son argumentaire clinique.

Aussi, paraît-il plus judicieux pour échapper à toute critique de dogmatisme, et à la lumière des travaux historiques ou récents sur ce thème de retenir la distinction établie par Leger *et al.* dès 1991 [27], qui précisent un nombre important de critères diagnostiques et classent les troubles psychotiques post-traumatiques en trois catégories :

- les états psychologiques aigus transitoires, liés à des mécanismes de défense mis en œuvre ponctuellement ;
- les troubles d'allure schizophrénique survenant tardivement et s'accompagnant de troubles des fonctions supérieures qui font le lit de ces troubles ;
- les troubles d'allure schizophrénique survenant après un traumatisme crânien parfois bénin jouant un rôle

d'évènement précipitant chez un individu présentant une structure de personnalité prédisposée.

Les recherches neurobiologiques et neuro-anatomiques, en parallèle avec des études cliniques prospectives pourraient éventuellement permettre d'éclaircir la question du rôle joué par le traumatisme crânien dans l'étiopathogénie des troubles psychotiques. Des pistes de réflexions neurobiologiques, à un niveau neuro-anatomique (possible désactivation des cortex latéraux et dorsaux préfrontaux, et hyperactivation du système limbique et des amygdales cérébelleuses [34]), à un niveau neurobiologique du fait de destructions neuronales discrètes, par l'intermédiaire de déséquilibres neurohormonaux, pourraient valoir pour les troubles psychotiques post-traumatiques comme d'ailleurs pour d'autres troubles post-traumatiques, comme les troubles thymiques. C'est dire si le thème abordé ici, celui des psychoses post-traumatiques en particulier, mais celui des troubles psychiatriques post-traumatiques en général, renvoie à l'extrême complexité du fait psychopathologique et à celle de son étiopathogénie dans sa triple dimension biologique, psychologique et sociale.

#### Abus de substance et traumatisme crânien

S'il a été assez clairement établi que l'abus de drogues illicites ou d'alcool augmentent la probabilité d'être exposé à un traumatisme crânien à l'occasion d'un AVP ou d'actes de violence, on sait peu de choses encore sur le risque de voir se développer, chez un sujet sans antécédent de ce type, après un tel traumatisme, une dépendance à ce type de substances.

Van Reekum *et al.* [46] ont montré qu'un abus de substance était rapporté chez 22 % des traumatisés crâniens soit 1,3 fois plus que dans la population générale. Ces résultats ne permettaient pas de démontrer un lien biologique ou une relation chronologique précise. L'étude de Bjork et Grant [7] permettait d'avancer que la relation temporelle entre l'abus de substances, et son début pré- ou post-traumatique, n'était pas établie. Elle suggérait également que le traumatisme crânien était un facteur de risque minime à court terme pour le développement d'un abus de substance. Plus encore, que la prévalence de l'abus de substance après le traumatisme crânien semblait refléter des modalités d'adaptation prémorbides pré-traumatiques et qu'ainsi le traumatisme crânien est plus soit une conséquence qu'une cause de l'abus de substance.

Dans toutes les études, le trouble addictif/alcool ou à quelques substances que ce soit (autres toxiques illicites, antalgiques, tranquillisants) a été identifié comme un frein à la réhabilitation.

#### Conclusion

Le dossier médical historique de Phineas Gage [20] montrait déjà que le traumatisme crânien pouvait être

associé à des troubles caractéristiques de l'humeur, de la personnalité et du comportement. Les données de la littérature internationale, recensées à l'occasion de cet article, démontrent avec consistance que les victimes survivantes de traumatisme crânien présentent un risque significativement accru de développer des syndromes psychiatriques comparativement à la prévalence vie entière de la population générale. Les données synthétisées ici suggèrent qu'après un traumatisme crânien et, sans que sa sévérité soit toujours un facteur significativement discriminant, les syndromes psychiatriques présentés, à l'exception des abus de substances, se retrouvent à des taux de prévalence significativement plus élevés que dans la population générale.

Malgré ces évidences, de nombreuses questions restent posées qui tiennent au caractère intriqué et complexe des axes étiopathogéniques incriminés. Des investigations complémentaires, portant sur des cohortes plus larges, dans le cadre d'études plus robustes d'un point de vue méthodologique, prospectives, assises sur les acquis les plus récents de la neuro-imagerie cérébrale, de la neurobiologie et de la neuropsychologie devraient permettre de mieux préciser les interactions entre les facteurs anté-, péri- et post-traumatiques dans leurs dimensions psychopathologiques et physiopathologiques.

**Conflits d'intérêts :** aucun.

## Références

- Abdel Malik P, Husted J, Chow EW, Basset AS. Childhood head injury and expression of schizophrenia in multiply affected families. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 : 231-6.
- American Psychiatry Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson, 2003 (1120 pages).
- Angelergues R, Audisio M. Troubles mentaux secondaires aux traumatismes crâniens. *EMC* 1964 ; 37520-A-10 : 1-15.
- Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *Encephale* 2011 ; 37 : 433-8.
- Babinski J, Froment J. *Hysteria or pithiatism and reflex nervous disorders in the neurology of war*. London : University of London Press, 1918.
- Barrois C. *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod/Bordas, 1988 (244 pages).
- Bjork JM, Grant JS. Does traumatic brain increase risk for substance abuse? *J Neurotrauma* 2009 ; 26 : 1077-82.
- Bombardier CH, Fann JR, Temkin NN, Esselman PC, Barber J, Dikmen SS. Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury. *JAMA* 2010 ; 303 : 1938-45.
- Brook DN, Truelle JL. « Évaluation des traumatisés crâniens ». In : *Document EBIS*. Bruxelles : Association européenne des traumatisés crâniens, 1994, 34 pages.
- Cordier B, Sylvestre M, Leyrie J. Pathologies psychiatriques post-traumatiques. *EMC Psychiatrie* 1994 ; 37-329-A-10 (6 p. ; Paris : Elsevier).
- Crocq L. Le syndrome de répétition dans les névroses traumatiques. Ses variations cliniques, sa signification. *Perspect Psychiatr* 1992 ; 31-32 : 59-65.
- David A, Prince M. Psychosis following head injury: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005 ; 76(suppl. 1) : 153-60.
- Davidson K, Bagley CR. Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorders of the central nervous system: a review of literature. *Br J Psychiatry* 1969 ; spec. public 4 : 113-84.
- Deb S, Lyons I, Koutzoukis C, Ali I, McCarthy G. Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 1999 ; 15 : 374-8.
- Dumond JJ, Fayol P, Leger JM. Troubles psychiques des traumatisés crâniens. *EMC Psychiatrie* 1996 ; 37-52-A-10 (14 pages ; Paris : Elsevier).
- Fear NT, Jones E, Groom M, et al. Symptoms of post-concussional syndrome are non-specifically related to mild traumatic brain injury in UK Armed Forces personnel on return from deployment in Iraq: an analysis of self-reported date. *Psychol Med* 2009 ; 39 : 1379-87.
- Freud S. « Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre ». In : *Communication au 5<sup>e</sup> Congrès international de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1918.
- Gill S, Caspi Y, Ben-Ari IZ, et al. Does memory of a traumatic event increase the risk of posttraumatic stress disorder in patients with traumatic brain injury? A prospective study. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 963-9.
- Gill S, Caspi Y, Ben-Ari IZ, Klein E. Memory of the traumatic event as a risk factor for the development of PTSD: lessons from the study of traumatic brain injury. *CNS Spectr* 2006 ; 11 : 573-4.
- Harlow JM. Recovery from the passage of an iron bar through the head. *Mass Med Soc* 1868 ; 2 : 327-47.
- Jeffrey M, Read R, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007 ; 21 : 1321-33.
- Jorge RE, Robinson RG, Moser D, et al. Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry* 2004 ; 61 : 42-50.
- Jorge RE, Robinson RG, Starkstein SE, et al. Secondary mania following traumatic injury. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 916-21.
- Kim E. Does TBI predispose individuals to develop schizophrenia? *Curr Opin Psychiatry* 2008 ; 21 : 286-9.
- King NS. PTSD and traumatic brain injury: folklore and fact? *J Rehabil Res Dev* 2007 ; 44 : 895-920.
- Koponen S, Taininen T, Portin R. Axis I & II psychiatric disorders after TBI: a 30 years follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 1315-21.

27. Leger JM, Dumond JJ, Fayol P, Salle JY, Dugognon P, La Brousse C. Les problèmes psychopathologiques du traumatisé crânien et leur prise en charge. In : *Traumatismes crâniens graves et médecine de rééducation*. Paris : Masson, 1991, p. 215-21.
28. Macleod AD. Post concussion syndrome: the attraction of the psychological by the organic. *Elsevier Med Hypotheses* 2010 ; 74 : 1033-5.
29. Malaspina D, Goetz RR, Friedman JH, et al. Traumatic brain injury and schizophrenia in members of schizophrenia and bipolar pedigrees. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 440-6.
30. McAllister TW, Stein MB. Effects of psychological and biomechanical trauma on brain and behavior. *J Am Acad Nurse Pract* 2010 ; 22 : 504-9.
31. Meares S, Shores EA, Taylor AJ, et al. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008 ; 79 : 300-6.
32. Molloy C, Conroy MR, Cotter DR, Cannon M. Is traumatic brain injury a risk factor for schizophrenia? A meta-analysis of case. Controlled population-based studies. *Schizophr Bull* 2011 ; 37 : 1104-10.
33. Nielsen AS, Mortensen PB, O'Callaghan E, Mors O, Ewald H. Is head injury a risk factor for schizophrenia? *Schizophr Res* 2002 ; 55 : 93-8.
34. Oppenheim-Gluckman H. *La pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés*. Paris : Economica Anthropos, 2006 (229 pages).
35. Organisation mondiale de la santé. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision. CIM-10*. 2008 (2 390 pages).
36. Robin A, Kiefer C, Cochepein-Martins K. Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères. *EMC Psychiatrie* 2008 ; 37-546-A-10 (Paris : Elsevier).
37. Rogers JM, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj* 2007 ; 21 : 1321-33.
38. Sadchev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic injury: a chart based descriptive and case control study. *Psychol Med* 2001 ; 31 : 231-9.
39. Sagdoyu K. Association of mild traumatic brain injury with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002 ; 63 : 594.
40. Seel RT, Kreutzer JS, Rosenthal M, et al. Depression after traumatic brain injury: a national institute on disability and rehabilitation research model systems multicenter investigation. *Arch Phys Med Rehabil* 2003 ; 84 : 177-84.
41. Senninger JL. La schizophrénie post-traumatique. *Rev Fr Dommage Corpor* 1987 ; 13 : 137.
42. Shukla S, Cook BL, Mukherjee S, et al. Mania following head trauma. *Am J Psychiatry* 1987 ; 1 : 63-6.
43. Silver JM, Kramer R, Greenwald S, Weissman M. The association between head injury and psychiatric disorders. Findings from the New-Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj* 2001 ; 15 : 935-45.
44. Turnbull SJ, Campbell EA, Swann IJ. Post-traumatic stress disorder symptoms following a head injury: does amnesia for the event influence the development of symptoms? *Brain Inj* 2001 ; 15 : 775-85.
45. Van Boven RW, Harrington GS, Hackney DB, et al. Advances in neuroimaging of traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev* 2009 ; 46 : 703-16.
46. Van Reekum R, Cohen T, Wong J. Can traumatic brain injury cause psychiatric disorders? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000 ; 12 : 316-27.

## Abords psychothérapeutiques des traumatisés crâniens

Jean-Jacques Dumond<sup>1</sup>, Patrick Fayol<sup>2</sup>, Hélène Carrière<sup>3</sup>

### RÉSUMÉ

Longtemps d'indication controversée, les abords psychothérapeutiques des traumatisés crâniens sont maintenant variés dans leurs techniques, comportementales, psychodynamiques, systémiques et dans leurs moments d'intervention, de l'éveil à la réinsertion. Leur point commun doit rester la rencontre d'un sujet dès le début de la prise en charge globale. Cela implique un intérêt du psychothérapeute pour les neurosciences et une réflexion des équipes rééducatives sur la place du psychothérapeute.

**Mots clés :** traumatisme crânien, psychothérapie, prise en charge

### ABSTRACT

**Psychotherapeutic approaches to brain injured people.** Although psychotherapeutic approaches to brain injured individuals has for a long time remained controversial, numerous new variations in behavioural, psychodynamic, and systemic techniques have now become available, from the awakening to community reintegration. Their common point is the meeting with a subject as a whole from the beginning of the care. This implies the psychotherapist's interest in neurosciences and that rehabilitation team considers the psychotherapist's function.

**Key words:** head trauma, psychotherapy, management

### RESUMEN

**Abordaje psicoterapéutico de los traumatizados craneales.** De indicación mucho tiempo controvertida, el abordaje psicoterapéutico de los traumatizados craneales varía ahora en sus técnicas, conductuales, psicodinámicas, sistémicas y en el momento de sus intervenciones, desde el despertar hasta la reinserción. Su punto común debe seguir siendo el encuentro de un sujeto desde la integración hasta la atención global. Ello supone un interés del psicoterapeuta por las neurociencias y una reflexión de los equipos reeducativos sobre la parte del psicoterapeuta.

**Palabras claves :** traumatismo craneal, psicoterapia, tratamiento

<sup>1</sup> Psychiatre, chef de service, centre hospitalier Esquirol, unité Adrien-Dany, 15, rue de Docteur-Marcland, 87025 Limoges Cedex, France

<sup>2</sup> Psychiatre, centre hospitalier Esquirol, 15, rue de Docteur-Marcland, 87025 Limoges Cedex, France

<drpfayol@free.fr>

<sup>3</sup> Médecin de médecine physique et de réadaptation, centre hospitalier Esquirol, unité Adrien-Dany, 15, rue de Docteur-Marcland, 87025 Limoges Cedex, France

Tirés à part : P. Fayol

Longtemps d'indication controversée [17], les abords psychothérapeutiques des traumatisés crâniens sont maintenant variés dans leurs techniques et dans leurs moments d'intervention. Nous aborderons les enjeux de la psychothérapie dans la prise en charge des traumatisés crâniens graves en deux temps volontairement découpés. Dans un premier temps, nous ferons un tour d'horizon des différentes modalités des psychothérapies et de ce qui se joue aux différents temps de la prise en charge des traumatisés crâniens. L'ambition n'est pas tant de présenter ou de hiérarchiser des techniques et leur adaptation à ce public spécifique que de susciter une réflexion au sein du courant des acteurs spécifiques « traumatisés crâniens » et d'interpeller, pour nos patients, psychiatres et psychothérapeutes « généralistes ». C'est pourquoi dans un second temps, nous livrerons quelques convictions issues d'une pratique soutenue depuis 1978. À Limoges, le pôle Adrien-Dany s'est en effet progressivement constitué depuis cette date pour devenir un service de soins de suite et de réadaptation neurologique et une filière sanitaire et médico-sociale pour les blessés graves de la région. Au service d'une centaine de nouveaux cérébrolésés par an, nous disposons d'un lien structuré aux services aigus, réanimation, neurochirurgie, de cinq lits d'hospitalisation d'éveil, dix de rééducation neurologique, dix d'éveils prolongés, 15 d'états pauci-relationnels et végétatifs. La filière ambulatoire comporte un hôpital de jour de dix places, une équipe mobile, une unité d'évaluation, de réinsertion et d'orientation socioprofessionnelle (UÉROS), un réseau de réinsertion professionnelle, une importante unité de consultations avec des suivis prolongés et bientôt un centre ressource. L'originalité de cet ensemble tient à l'histoire, la création d'une unité dédiée au sein d'un service hospitalo-universitaire de psychiatrie secondairement autonomisée et à la formation de base des promoteurs, psychiatres d'orientation analytique. D'une certaine façon, on pourrait dire que nous sommes partis de la curiosité au fait psychique vers la rencontre du cerveau et des neurosciences dans un cheminement croisé et partagé avec nos amis rééducateurs. Sur cette teinte de base, nous fonctionnons dans le courant spécifique aux traumatisés crâniens cherchant à conjuguer cohérence organique et rééducative, prise en charge précoce, programmes holistiques, accompagnement pérenne.

Si les aspects spécifiques de la cérébrolésion sont abordés dans cette revue, on ne peut faire l'économie de considérants élémentaires sur le traumatisme crânien. Le traumatisme crânien c'est une fraction de seconde amnésique – quelle autre expérience humaine modifie autant dans une expérience dont on est dépossédé ? –, une onde de choc qui lèse la machine à penser dans sa connectique, altère l'harmonie du fonctionnement dans sa dimension neuropsychologique (traitement de l'information, fonctions exécutives...) mais aussi dans le support cérébral de la régulation émotionnelle, comportementale et de la cogni-

tion sociale. Cet instant inaugure ce qu'on peut appeler l'aventure traumatique [9]. Le blessé dans le déroulement du temps va avoir à faire face, à s'adapter à ses désordres d'intégration et de régulation émotionnelle, comportementale et cognitive ; on peut ici suggérer un point de vue neuropsychologique. Il va y réagir dans des productions symptomatiques parfois brutales caractérisées productives ou déficitaires avec tous les mouvements de la réaction psychique dans la tension humaine à maîtriser son environnement et à être en relation ; on renverra ici à un point de vue qu'on pourrait dire psychiatrique. Ce blessé va porter cette intériorisation difficile d'une découpe avant-après, cette difficulté à assumer une permanence de soi ; se suggère ici un point de vue plus psychopathologique. Ces trois points de vue s'imposent aux psychothérapeutes quelles que soient leurs orientations théoriques.

## **Les différentes psychothérapies chez les traumatisés crâniens**

Nous retiendrons trois grandes orientations psychothérapeutiques : les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies psychodynamiques et les thérapies à visée familiale.

### **Les thérapies comportementales**

Elles sont les plus anciennement utilisées et le plus souvent réservées au cas les plus difficiles.

Les techniques utilisées sont nombreuses et le plus souvent, dans la littérature [12, 33] donnent lieu à des études de cas uniques.

Les interventions peuvent se concentrer principalement sur la modification des conséquences par le renforcement positif par récompense verbale ou matérielle, par l'extinction, par le renforcement des comportements adaptés ou incompatibles, par les protocoles de coût de la réponse, par le renforcement des taux bas de réponse, par la technique du feedback. Les interventions peuvent aussi se concentrer principalement sur les antécédents par la prise en compte des événements externes précédant le comportement mais aussi des conditions internes propres au patient, par l'apprentissage sans erreur, par l'engagement dans des actions ayant un sens pour le patient, ou lui autorisant une marge de manœuvre. Souvent les techniques sont utilisées de façon combinée. La mise en œuvre de ces techniques comportementales exige rigueur et cohérence ce qui est au mieux réalisé par des équipes formées aux thérapies comportementales, mais n'est pas à exclure dans des services non spécialisés [2].

### **Les thérapies cognitivo-comportementales**

Elles sont d'utilisation plus récentes et réservées aux cas plus légers sur le plan des troubles neuropsychologiques

et comportementaux [3], en particulier quand il existerait une assez bonne conscience des troubles [4]. Elles représentent actuellement l'orientation théorique majoritaire [14]. Pourtant les travaux publiés sont peu nombreux.

Alderman [3] présente un cas de réduction de l'irritabilité et de l'agressivité. Bradbury *et al.* [5] rapportent dix cas de traumatisés crâniens sévères ou modérés traités par TCC avec une amélioration de leur score d'état émotionnel global et de leur score de dépression, d'anxiété et de stress. Topolovec-Vranic *et al.* [30] rapportent neuf cas de traumatisés crâniens légers ou modérés ayant suivi un programme de TCC par Internet, cinq cas sont encore dépressifs à un an.

En ce qui concerne la prise en charge du syndrome post-commotionnel par TCC, une revue de la littérature [1] retrouve dix études dont trois essais comparatifs randomisés (RTC) :

- dans l'étude de Mittenberg *et al.* [19], la prise en charge lors d'un entretien unique d'une heure de 29 traumatisés crâniens légers sans amnésie post-traumatique montre une diminution significative de la durée moyenne et du nombre de symptômes, mais il s'agit ici d'éducation et de conseil à l'aide du modèle cognitivo-comportemental de maintien et de traitement des symptômes plus que de véritable TCC ;

- Hodgson *et al.* [13] rapportent une amélioration significative de l'anxiété et de la dépression sur l'échelle HADS un mois après la prise en charge de six patients traumatisés crâniens légers dont les capacités d'apprentissage et les fonctions exécutives se situaient en moyenne dans la normale ;

- dans l'étude de Tiersky *et al.* [29], la prise en charge de 11 traumatisés crâniens légers entraîne l'amélioration du score d'état émotionnel global et des sous-échelles de dépression et d'anxiété à la SCL-90-R un et trois mois après le traitement, mais l'association de la TCC à la rééducation cognitive ne permet pas de juger de l'intérêt de l'utilisation de la TCC seule.

L'utilisation de la TCC chez les traumatisés crâniens est régulièrement présentée comme prometteuse, néanmoins, si les travaux réalisés jusqu'alors relèvent un bénéfice de ces interventions, il faut noter le faible nombre de cas traités et de la durée brève du suivi.

### Les psychothérapies psychodynamiques

Pour les traumatisés crâniens, elles ont longtemps été estimées inefficaces en raison des difficultés de contrôle, de tolérance à la frustration, d'abstraction et d'introspection des patients, ou inadaptées car ne s'adressant pas au noyau neurologique des difficultés [16, 28]. Si les troubles cognitifs sévères restent souvent considérés comme des contre-indications ou des obstacles [16, 25], ils peuvent aussi constituer parfois les cibles de la psychothérapie [24].

Quoiqu'il en soit, l'accord se fait sur la nécessité d'adapter ces psychothérapies aux caractéristiques des traumatisés crâniens.

Lewis propose que le cadre de travail des psychothérapies psychanalytiques avec les traumatisés crâniens prenne en compte les troubles lésionnels et leurs conséquences neuropsychologiques, la signification et l'impact psychologiques des déficits, les éventuels facteurs psychologiques indépendants du traumatisme crânien et le contexte social au sens large [17].

Oppenheim-Gluckman [21] préfère parler de rencontres psychothérapeutiques plutôt que de psychothérapies étant donné la diversité des lieux et des rythmes des entretiens. Les enjeux de ces rencontres sont de dépasser l'expérience subjective de la maladie, de reconnaître la continuité psychique et d'aborder les difficultés psychiques réactivées par la maladie.

Pour Fayada [11], avec la psychothérapie psychanalytique, il s'agit de réussir à « faire signe » en alimentant le contexte narratif et sémantique, en utilisant les ressorts de l'action dans un contexte social pour palier les troubles neuropsychologiques. Contre-transfert et identification seront privilégiés à travers les notions de co-pensée et de co-construction [32]. Ce faisant, la psychothérapie sera utile et efficace sur le plan psychique et aussi sur le plan cognitif.

Ouss-Ryngaert, partisan d'une « neuropsychanalyse clinique » [23], prône un complémentarisme des approches et propose une double lecture [22] de la symptomatologie au niveau neuropsychologique et au niveau psychodynamique, voire une triple lecture [23, 24] en y rajoutant un œil psychiatrique. Elle s'appuie également sur les travaux de Wildöcher [32], mais aussi sur les concepts, élaborés par Stern et le groupe de Boston [27], de moment présent, d'intersubjectivité, de connaissance relationnelle implicite.

Dans les psychothérapies systémiques, les troubles sont considérés comme le témoin des crises dans le système familial actuel et/ou dans le triangle patient-famille-soignants et/ou dans le système familial antérieurement au traumatisme [18].

En ce qui concerne les traumatisés crâniens, le thérapeute systémique doit être directif, informé et informatif. Il sera à la fois avocat, modèle, contrôleur de compréhension et agent de généralisation [26]. Larøi [15] souligne l'intérêt de distinguer les réactions qui peuvent être attribuées directement au traumatisme crânien des réactions normales à un événement et la nécessité lors de la thérapie familiale de prendre en compte, en même temps que les données purement systémiques, les données neuropsychologiques en particulier concernant l'empathie renvoyant à la « théorie de l'esprit », faculté d'attribuer à autrui pensées, croyances, intentions et désirs.

L'équipe bordelaise [6-8, 18, 31], riche d'une expérience de 25 ans de thérapie familiale des traumatisés crâniens, insiste également sur la prise en compte des troubles

cognitifs par le thérapeute comme en témoigne le qualificatif « neurosystémique » de leur approche. Pour cette équipe, l'évaluation systémique doit percevoir le point de vue du patient, le point de vue de la famille et le point de vue de l'institution et de l'équipe soignante qui est tout autant dans la création des troubles du patient et de sa famille que dans la solution. Le traitement, dans une première étape, apportera aux trois systèmes une information sur les séquelles lésionnelles et neuropsychologiques, puis il s'intéressera aux crises familiales auto- et hétéroréférentielles. L'intervenant systémique sera l'allié thérapeutique des trois systèmes tout en étant porteur d'interrogations qui permettront à chacun de décentrer son point de vue. Il s'agira ainsi, face à l'accident, les séquelles et les souffrances qu'il génère, de permettre à la famille une co-construction d'un sens, issu de son histoire.

Dans un travail à paraître, Wiart *et al.* [31] présentent les résultats d'une approche neurosystémique individuelle en pratique de ville dans laquelle l'outil systémique est utilisé. Les résultats sur 47 patients pris en charge en moyenne un an sont jugés bons ou très bons dans la moitié des cas avec une amélioration statistiquement significative de la dépression, de l'anxiété et de l'agressivité.

## Le temps et les enjeux psychothérapeutiques

Ainsi présenté, ce tour d'horizon des différentes psychothérapies méconnaît une dimension essentielle à savoir la diachronie des remaniements psychiques éprouvés par le traumatisé crânien, diachronie qui détermine les enjeux psychothérapeutiques [10]. Pour l'aborder, nous découperons artificiellement le continuum de l'aventure traumatique selon les trois temps classiques, éveil, rééducation, réinsertion.

### L'éveil

C'est une période dynamique de remise en route non linéaire des structures neuronales et de l'appareil psychique. Le traumatisé a alors à faire face à un apport de données perceptives incongrues, environnement médical, intrusions douloureuses des soins, éventuelles déficiences motrices ou sensorielles, dans un climat de dépendance forcée. Ces données perceptives seront d'autant plus traumatiques que leur intégration sera perturbée par les troubles neuropsychologiques : trou de la lacune mnésique rendant surréaliste la continuité avant et après accident, fixation mnésique parcellaire et ralentissement du traitement de l'information avec perte de qualité et de quantité d'informations empêchant la cohérence de son être au monde, difficultés de planification et d'exécution des actions parasitant toute tentative de maîtrise du monde environnant.

L'expression symptomatique se fait schématiquement soit sur un mode expressif – agitation, confusion, confabulation sont à voir comme des tentatives plus ou moins réussies de mise en cohérence du monde du traumatisé –, soit sur un mode inhibé beaucoup mieux toléré mais tout autant problématique.

Le psychothérapeute doit se positionner, comme au bridge, partenaire du « mort » dont il doit jouer les cartes pour qu'au tour suivant ce soit ce dernier qui ait la main. Le jeu du psychothérapeute sera guidé par les cartes des deux autres partenaires, équipe médicale et famille. L'équipe médicale lui apportera les éléments cliniques permettant de donner un sens médical aux productions du blessé ; par exemple, réactivation de la confusion lors d'une surinfection ou d'une épine douloureuse irritative, grossière correspondance entre symptomatologie et localisation lésionnelle, atteinte orbitofrontale et défaut de contrôle, frontale dorsolatérale et défaut initiative, temporelle et anxiété avec intolérance aux frustrations. La famille lui apportera les éléments de vie permettant de donner un sens existentiel aux productions du blessé, par exemple confabulations renvoyant à un événement de l'histoire du blessé. La refonte de ces deux types de signification sera le préambule à une troisième voie, celle du blessé qui prendra au fur et à mesure toute sa place.

### La phase de rééducation

Elle commence avec la fin d'amnésie post-traumatique et le retour à une conscience stable, mais les difficultés neuropsychologiques ne sont pas pour autant résolues. L'anosognosie qui rend sans objet les efforts nécessités par la rééducation va se déchirer progressivement et parfois seulement partiellement pour laisser place de façon plus flagrante aux troubles mnésiques, attentionnels, dysexécutifs et de la cognition sociale. De plus, les troubles du contrôle viendront perturber la gestion des affects. Et les « réactions de catastrophe » au sens de Goldstein, mêlant anxiété, opposition, colère, agressivité, ne sont pas rares dans les situations d'impasse.

Les réactions psychologiques sont à ce stade très souvent dépressives, le retour de la conscience de soi est aussi le retour à une conscience douloureuse des troubles. C'est également le retour aux modes défensifs de personnalité ou de *coping* prétraumatiques, mais beaucoup moins bien contenus du fait de leur mise à l'épreuve permanente face aux difficultés adaptatives générées au quotidien par les troubles neuropsychologiques. Ainsi, les difficultés et les erreurs des actions entreprises peuvent occasionner des mouvements régressifs en accentuant le refuge dans la dépendance, des sentiments de persécution en attribuant la responsabilité aux équipes, des attitudes de rigidité comportementale en cherchant compulsivement à les maîtriser, une anxiété généralisée quant à l'avenir ou parfois fixée sur un point jugé indépassable de la rééducation.

Le psychothérapeute dans un rôle de soutien et de conseil devra louvoyer prudemment entre les explications non alarmistes des difficultés rencontrées, la confrontation pondérée aux troubles quand ils sont méconnus, la reconnaissance des épreuves endurées quotidiennement et les encouragements à participer activement à la rééducation. Il se fera également l'avocat du respect du rythme de progression de la récupération auprès du blessé mais aussi des équipes et de la famille. Dans un rôle plus psychodynamique, il favorisera l'expression des difficultés et des affects anxieux, dépressifs et leur intégration dans l'histoire et la personnalité du patient, mais aussi l'expression des ressources psychiques passées et actuelles.

### La phase de réinsertion

Elle est celle des mouvements de reconstruction de l'identité et de l'acceptation de soi. Largement fonction de la gravité des séquelles et de leur vécu, le devenir des patients peut aller de la prise en charge en institution, voire à domicile, pour les plus dépendants au quasi-retour au statut social et professionnel antérieur malgré le « handicap invisible », en passant par l'autonomie réduite handicapée principalement par les troubles neuropsychologiques et leur expression comportementale. Dans tous les cas, le blessé se révèle différent, tout en étant le même, à ses yeux et à ceux de sa famille.

Cette longue période devrait conduire au deuil des aspirations ou projets antérieurs de vie et à l'appropriation des remaniements existentiels, notamment les modifications des places au sein de la famille et de la société, et la gestion quotidienne exigeante en énergie des difficultés neuropsychologiques avec la mise en place des stratégies compensatoires impliquant des nouvelles habitudes.

Dans les cas les plus lourds, le psychothérapeute orientera principalement sa prise en charge vers les équipes et la famille pour aider à soulager la charge psychologique et à mettre en place des interventions d'inspiration comportementale tout en essayant de rester le traducteur du désir du sujet. Ailleurs, il accompagnera le blessé dans le dépassement de son accident trop souvent considéré comme acte de naissance, point d'origine de toutes les difficultés existentielles présentes ; il l'orientera et le soutiendra dans sa quête d'un nouveau style de vie en fonction de ce qu'il est actuellement et non plus ce qu'il était, tout en tenant compte des exigences de la société et en composant avec les schémas de réinsertion existants. Une réinsertion réussie aboutira à une combinaison d'un certain invariable de l'identité antérieure au traumatisme crânien et d'une nouvelle identité prenant en compte les séquelles.

### Programmes et rencontre

Modalités psychothérapeutiques, diachronie et enjeux psychothérapeutiques représente le b.a.-ba de l'abord psycho-

thérapeutique des traumatisés crâniens. Notre pratique des programmes de prise en charge des traumatisés crâniens, de l'éveil à la réinsertion, nous conduit à des considérations complémentaires plus personnelles.

Nous voudrions tout d'abord insister sur les deux approches conjointes neurocognitive et de rencontre du sujet derrière la personne traumatisée crânienne. Dès l'éveil, cette dimension psychothérapeutique de rencontre singulière et d'intégration du fait psychique dans les programmes de réadaptation, l'attention à la personne et au sujet psychique est pour nous essentielle dans nos programmes de réadaptation. Ces caractéristiques sont également présentes au niveau des consultations, de l'hôpital de jour, de l'UEROS où s'organisent les interventions psychothérapeutiques en groupe et en face à face. Ces interventions sont pour l'essentiel éclectiques et pragmatiques empruntant à toutes les techniques de la psychothérapie dans une perspective holistique. Quelle que soit la technique utilisée, l'intervention du psychologue ou du psychothérapeute se spécifie des interventions des autres membres de l'équipe par cette disponibilité à rencontre, proposition d'aides à penser.

Plus qu'une pratique avec les blessés, l'outil psychanalytique nous paraît la référence théorique la plus à même de penser le sujet dans les bouleversements de la personne. Il est surtout question d'ouverture psychopathologique sans exclusive. On en voit trace, par exemple, dans les principes holistiques [20], nous pensons aux programmes de Prigatano [25] où se devine l'arrière-plan de l'approche jungienne et phénoménologique.

Si l'on s'en tient à une définition basique type *Larousse* de la psychothérapie, « toute utilisation de moyens psychologiques pour traiter une maladie mentale, une inadaptation ou un trouble psychosomatique », il y a deux implicites : l'implicite du soin, du mieux-être pour une personne et celui d'une rencontre interpersonnelle comme moyen en soi.

Du côté de la médecine physique et de réadaptation, il est nécessairement question de fonctionnalité – réduire le plus possible les conséquences des séquelles neuromotrices et cognitives – et d'ambition à restaurer les activités de participation d'une personne à son environnement ; on peut penser Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), on peut penser citoyenneté. Il n'est pas de programme qui ne veuille intégrer la préoccupation du transfert écologique des rééducations, la participation des patients et de leur environnement, leurs attentes et besoins, la contractualisation des objectifs, la nécessité de l'approche psychologique.

Difficultés cognitives et attentionnelles, dysexécutives, mnésiques, communicationnelles, troubles de la cognition sociale mais aussi réaction, difficultés du vécu et anosognosie propre à la cérébrolésion acquise vont s'interpénétrer dans les mouvements thymiques et émotionnels, dans des désordres des conduites qu'on aborde classiquement en