

**François Lebigot** : Psychiatre, Professeur agrégé du Val de Grâce.

Texte paru in Revue Francophone du Stress et du Trauma, 2007, Tome 7 N°1, pp. 27-34

### Introduction :

Les premiers praticiens à s'être intéressés aux traumatismes psychiques et à leurs conséquences dans la clinique avaient constaté que certaines évolutions se faisaient vers une psychose chronique non réversible, et cela, malgré le nom de névrose traumatique qu'ils donnaient aux effets du trauma. Il fallait donc réserver une petite place pour des psychoses post-traumatiques. On s'en est tenu là longtemps, jusqu'à ce que les Américains prennent il y a une douzaine d'années le problème à bras le corps et réalisent une multitude d'études sur de vastes échantillons, afin de cerner la question. Des recherches équivalentes n'ayant pas été menées dans le monde francophone, nous commencerons par tenter de cerner les apports venus d'Outre-Atlantique. Dans un second temps, en dehors de tous travaux à visée de recherche, nous verrons ce que nous apporte notre simple expérience de ces patients qui se donnent pour psychotique, et qui parfois le sont.

### Les études nord-américaines :

Ces études explorent la rencontre de ces deux entités cliniques que sont le *post-traumatic stress disorder* (PTSD) et la psychose. La première question posée par cette rencontre est de se demander s'il ne s'agit pas là d'une nouvelle forme de réponse toute particulière du sujet face au traumatisme. Celui-ci a-t-il la capacité de générer une psychose chez une personne indemne de toute prédisposition ou d'une pathologie psychotique non encore avérée ? Ou sommes-nous face à la réponse clinique singulière du psychotique face au traumatisme ? Un traumatisme psychique peut-il révéler une structure psychotique primaire sous-jacente inexprimée et jouer ainsi le rôle d'élément déclencheur ? Jusqu'à ces quelques années, aucune étude n'avait été réalisée pour répondre à ces questions. En effet, c'est au travers d'enquêtes épidémiologiques élargies **(1)** et d'études de cas **(2-8)** que les chercheurs vont tenter de trouver des réponses. Ils vont avancer des résultats et prendre position en faveur de l'une ou l'autre des hypothèses qui semblent émerger.

### Une nouvelle entité clinique : le *ptsd-secondary psychotic (ptsd-sp)* :

Le suivi de patients ayant été victimes d'un traumatisme psychique, nous amène parfois à constater des éclosions délirantes, soit *in statu nascendi*, soit ayant déjà un temps d'évolution de durée variable. Nous allons tenter ici de présenter ce que nous offre la clinique, puis de donner un aperçu des études épidémiologiques conduites à l'étranger. Le problème principal que nous rencontrons à propos de ces éclosions

délirantes est de savoir s'il existe à côté de la névrose traumatique une « psychose traumatique », ou si une névrose traumatique peut comporter des idées délirantes à côté des symptômes névrotiques, ou enfin la présence d'un délire ou d'une dissociation montre qu'une psychose est venue éclater à la suite d'un syndrome de répétition.

### **Le sujet psychotique : une prédisposition au ptsd ? :**

En 1991, Brelau *et al.* estiment que la prévalence d'exposition à un évènement traumatique se situe entre 40 et 80 % dans la population générale. Cette même prévalence s'élèverait à 98 % pour une population de sujets atteints de troubles mentaux sévères **(15)**. Par ailleurs, celle du nombre de cas de PTSD dans une population générale est estimée entre 8 et 9 %. Elle s'élèverait à 43 % chez les sujets schizophrènes et bipolaires **(16)**, 29 % chez les sujets atteints de maladies mentales sévères ayant été victimes de violences physiques, et même 34 % en cas d'abus sexuels **(17)**. Ces études, menées dans plusieurs centres hospitaliers spécialisés des Etats-Unis, semblent établir que, dans certains cas, loin d'être négligeables statistiquement, PTSD et psychose coexistent bien plus fréquemment que supposé. D'autre part, la population des psychotiques, parce qu'elle est plus exposée que la population générale à des traumatismes violents, présenterait un terrain de fragilité et de prédisposition à l'apparition d'un PTSD.

### **Une autre nouvelle entité clinique : le ptsde-postpsychotic (ptsd-pp) :**

D'autres recherches ont tenté de cerner l'ordre d'apparition des deux troubles. Elles ont pris comme objet les psychoses débutantes et ont tenté d'isoler, au bout de quatre à six mois d'évolution à l'hôpital, des symptômes de PTSD. Il a été constaté un fort taux de PTSD dans cette population (entre 29 et 34 %), en étroite corrélation avec la multiplicité et la sévérité de l'exposition traumatique **(17)**. Ces travaux apportent l'idée nouvelle que la psychose préexiste au traumatisme et replace le PTSD au rang de trouble comorbide de la psychose. Pourtant, le temps de latence entre la psychose débutante et l'apparition du PTSD laissant peu de place à la survenue d'un traumatisme, la psychose elle-même est soupçonnée d'être à l'origine du PTSD **(18)**. Hallucinations, délires et angoisse de déstructuration vécus au cours d'épisodes psychotiques inauguraux se révéleraient comme des facteurs traumatogènes non négligeables pour les patients. En outre, la prise en charge hospitalière psychiatrique par elle-même – isolement, injections, sismothérapie... - est stigmatisée comme une expérience véritablement traumatisante **(19)**. Apparaît ici une nouvelle entité clinique, le PTSD-PP qui va concerner 60 % des patients schizophrènes et 10 % des sujets bipolaires selon ces études **(18)**.

A partir de ces résultats, plusieurs notions sont proposées : d'abord que les PTSD avec troubles psychotiques seraient largement sous-estimés ; ensuite que ce groupe de patients serait constitué en grande majorité de sujets préalablement psychotiques (PTSD-PP) ; enfin, que dans les structures primaires mal identifiées (PTSD-SP), le traumatisme jouerait probablement un rôle de facteur déclenchant dans l'éclosion d'une psychose sous-jacente.

### **Biais amoindrissant la portée de ces études (20)**

#### **Biais méthodologiques :**

Les auteurs des études citées en référence ont posé le problème de l'interprétation des données cliniques, cette interprétation étant faite selon un modèle non communément admis. De quels troubles psychotiques parlent-ils lorsqu'ils s'appuient sur la classification américaine des maladies mentales ? A ce titre, trois définitions des troubles psychotiques se retrouvent dans le DSM-IV (21) :

- une définition étroite : existence d'hallucinations ou d'idées délirantes en l'absence de reconnaissance du caractère pathologique des troubles ;
- une définition dite moins restrictive : existence d'hallucination prononcées avec reconnaissance du caractère pathologique des troubles ;
- une définition dite élargie : elle inclurait divers symptômes positifs de la schizophrénie, comme le discours désorganisé ou les actes grossièrement désorganisés...

Certains des auteurs de ces études ont tendance à choisir la moins restrictive pour poser le diagnostic de psychose. Une approche plus étroite ne permettrait pas d'inclure autant de sujets. Par ailleurs, l'utilisation d'échelles d'appréciation différentes d'une étude à l'autre ne permet pas une analyse comparative des résultats.

### **Biais d'interprétation :**

Les sujets PTSD-SP comme ceux PTSD-PP semblent conjuguer des manifestations délirantes et hallucinatoires avec une thématique centrée sur le traumatisme, et pourraient ainsi se confondre avec la notion de flash-back et d'écamnésies retrouvées dans la symptomatologie psycho-traumatique habituelle. De même, l'émoussement affectif et l'évitement traumatique peuvent mimer les comportements de retrait et les troubles affectifs présents dans la schizophrénie. Enfin, les phénomènes dissociatifs et de dépersonnalisation peuvent être brièvement présents dans le PTSD et se confondre ainsi avec les symptômes positifs de la psychose (au sens de P. Janet).

#### *Biais d'échantillonnage chez les vétérans du Vietnam*

D'abord, seuls les sujets hospitalisés ont été l'objet d'études. Ensuite, la nature même des échantillonnages n'est pas représentative de la population des PTSD. En effet, il semble que les PTSD liés aux combats aient été majoritairement étudiés chez des sujets présentant des troubles psychotraumatiques anciens, chroniques, et dont le suivi psychiatrique a pu être tardif, voire inexistant.

### **Synthèse :**

Il est difficile d'accorder tout le crédit qu'attend ce type d'études « scientifiques ». Les biais constatés sont nombreux et la nosographie du DSM-IV prise en référence est souvent contradictoire avec l'observation clinique dont usent les thérapeutes. Selon nous, plusieurs points nécessiteraient d'être réévalués avec plus de rigueur clinique :

- il n'est pas raisonnable de penser que 20 à 40 % des vétérans ayant subis un traumatisme psychique développent par la suite une psychose chronique ;
- nous avons par ailleurs de bonnes raisons de penser que chez ces chercheurs, le trauma ne correspond pas à une définition rigoureuse. Par exemple, lorsqu'ils affirment que la prévalence d'exposition à un évènement traumatique se situe entre 40 et 80 % dans la population générale et 98 % chez les sujets psychotiques ;
- dans les psychoses, l'expérience délirante elle-même est considérée comme traumatique, ainsi que des méthodes de soin que l'on comprend être brutales ;
- il n'y a pas que le traumatisme lui-même qui nous paraisse être d'une conception flou, mais également le syndrome de répétition qui signe l'impact traumatique. Ainsi,

affirmer que 43 % des schizophrènes et des sujets bipolaires présentent un PTSD ne correspond absolument pas à l'expérience clinique commune. Dans l'ensemble, on a le sentiment de ne pas avoir affaire à la même nosographie, ni en ce qui concerne les psychoses, ni en ce qui concerne les syndromes psychotraumatiques.

Comme on l'a vu, les travaux américains sont difficilement transposables. Soit que les mots-clés ne désignent pas les mêmes phénomènes chez eux et chez nous, en termes de trauma, soit que nos observations n'aillent pas dans le sens de leurs résultats. Par exemple, les sujets PTSD-SP correspondent jusqu'à un certain point à nos observations, mais nous ne sommes pas d'accord avec l'affirmation que ceux-ci seraient exempts d'antécédents familiaux à l'inverse des autres schizophrènes.

### Observations personnelles :

Nous allons présenter des observations, chacune d'entre elles représentant plusieurs malades auxquels nous avons été confrontés. Elle nous indique l'intérêt qu'il y a à développer une clinique fine des manifestations, ici nous ne dirons pas psychotiques, mais délirantes essentiellement si l'on veut s'interroger sur les rapports qu'entretiennent le traumatisme psychique et la psychose. Il nous apparaît que les épisodes délirants, la plupart des bouffées délirantes et les troubles graves de l'humeur ne ressortent pas généralement de structures psychotiques. Même si lors de certains de ces accès, la crise atteint un niveau psychotique par l'anéantissement de la personne qu'elle exprime. Mais il est vrai que ces patients, peut-être parce qu'ils sont pris en charge de façon intense, voient rapidement (parfois en quelques semaines) se terminer leur plongée dans le néant de la psychose. Chez d'autres, en revanche, qui pourraient correspondre au PTSD-SP des Américains, le déclenchement d'une psychose chronique se fait sur le fond d'une structure psychotique. Enfin, pour ce qui est des PTSD-PP, nous n'en avons jamais observés et sommes très sceptiques sur leur existence.

Notre échantillon de patients traumatisés est celui que nous a fourni notre pratique. Il n'a donc pas de valeur représentative. Par exemple, il ne comporte aucune femme, en partie parce que nous avons beaucoup travaillé en milieu militaire. Mais il est suffisamment important, même en ce qui concerne les patients issus du milieu civil, pour que nous puissions tirer quelques enseignements généraux sur ces éclosions délirantes post-traumatiques.

Notre expérience nous amène à classer ces délires en cinq catégories, qui commandent des attitudes thérapeutiques différentes. Par ordre de gravité croissante, nous distinguerons :

1. Des moments délirants éphémères, découlant directement des significations que prend l'évènement traumatique pour le sujet, et qui n'envahissent pas toute sa vie psychique. Toute utilisation d'antipsychotiques est inutile, voire nuisible. Ces délires sont résolutifs dans le travail psychothérapeutique. (Voir le cas Xavier).
2. Des bouffées délirantes interprétatives, autrefois appelées « paranoïas aiguës de Paule Petit ». Elles peuvent être un mode d'entrée dans une psychose chronique. Mais, dans l'ensemble, surtout si elles éclatent peu de temps après l'évènement, elles ont les caractéristiques, en particulier évolutives, des bouffées délirantes avec des tendances au passage à l'acte importantes. De toute façon, l'hospitalisation s'impose et un traitement neuroleptique est nécessaire, ce qui ne dispense pas d'une prise en charge psychothérapeutique. (Voir le cas Jamal).

3. Les délires chroniques dysthymiques. Ils sont un défi à la nosographie et aussi à la thérapeutique. Ils se développent autour de l'évènement traumatique et des épisodes marquants de l'enfance et de l'adolescence des sujets. Ceux-ci apparaissent rétrospectivement comme des « états limites », ayant vécu des abandons précoces et souvent des périodes de maltraitance. Leur délire est fait d'idées délirantes qui fluctuent en fonction des évènements qu'ils traversent et de l'état de leur humeur. Ces patients laissent peu de choses transparaître de leur pathologie à l'extérieur et parviennent ainsi longtemps à mener une vie quasi normale. Il n'y a jamais de structuration d'un délire paranoïaque, ni de dissociation schizophrénique. Ils sont rebelles au traitement médicamenteux et psychothérapeutique. (Voir le cas Jacques).

4. Les états mélancoliques. Ils représentent dans notre échantillon les cas d'éclosions délirantes les plus fréquents que nous ayons rencontrés. Le trouble de l'humeur s'installe progressivement ainsi que le délire qu'il génère. Le risque suicidaire est majeur. Contrairement aux cas précédents qui sont peu sensibles aux médicaments, il y a là urgence à installer un traitement antidépresseur et neuroleptique à doses efficaces. (Voir le cas André).

5. Enfin, le déclenchement d'une psychose chronique, paranoïaque ou schizophrénique. Parfois le syndrome de répétition contient pendant des années l'éclosion du délire, faisant, selon les concepts lacaniens, « suppléance ». Parfois, la psychose se déclenche rapidement comme dans le cas que nous allons présenter. (Voir le cas Henri).

### Cas cliniques :

Nous avons choisi de présenter cinq cas qui illustrent les différentes questions nosographiques que nous posent ces éclosions délirantes.

#### XAVIER

Xavier est un jeune parachutiste qui a terminé il y a quelques mois ses cinq ans d'engagement. Il vient à la consultation, adressé par un médecin généraliste qui lui a prescrit sans succès des anxiolytiques. L'angoisse est en effet le symptôme le plus marquant, mais il y a aussi de la dépression et des troubles caractériels. Il souffre d'insomnie, rebelle aux hypnotiques qu'il compense partiellement en dormant quelques heures dans la journée. Il accepte une hospitalisation, le diagnostic qui nous paraît le plus probable est la phase de latence d'une névrose traumatique d'autant qu'il a fait deux missions difficiles, une à Kigali et l'autre à Sarajevo. Si ce diagnostic est exact, une apparition aussi tardive d'un syndrome de répétition laisse prévoir des troubles graves. Une des premières choses qu'il nous raconte est un incident survenu à Kigali.

Il faisait partie de ce contingent français qui a été envoyé là-bas au moment où la ville était en proie à une folie meurtrière. Des casques bleus belges avaient été massacrés et les autres avaient été retirés du territoire par leur gouvernement. La mission des soldats français n'était pas de tenter une impossible interposition, mais d'extraire de Kigali le personnel diplomatique européen qui s'y trouvait piégé. Parcourant la ville en tout sens, à pied ou en V.A.B. (Véhicule de l'Avant Blindé), ces hommes ont assisté à d'horribles spectacles. Xavier comme les autres, mais il y eut pour lui un évènement traumatique assez particulier. Il « couvrait » le chargement d'un véhicule avec le personnel d'une ambassade, lorsque un africain voulu tenter de monter avec les diplomates. Il a planté son fusil sur la poitrine de cet homme effaré qui ne cherchait

qu'à sauver sa vie. À commencé alors un bref et intense échange de regards. Xavier qui n'avait jamais tué personne, était décidé à tirer : ça a été un moment terrible, chacun lisait ce qui se passait dans la tête de l'autre, « *je voyais sa terreur de la mort, et qu'il cherchait à lire dans mes yeux ma détermination* ». Il y eut pour lui dans cet échange un bref moment d'effroi à contempler dans le regard de l'autre la certitude de sa néantisation. Mais ne doutons pas que l'effroi fut aussi pour l'autre à voir dans les yeux du parachutiste déterminé cette lueur qu'y met la jouissance. Si Xavier avait tiré, il y aurait eu pour lui un acmé de jouissance, vite voilé par l'horreur. Le rwandais finit par partir vers ses probables tueurs. Le français ne ressentit aucune émotion, et referma prestement la porte du véhicule. Mais pendant un très court instant il avait été un meurtrier.

A l'hôpital Xavier parle d'abord surtout de cette mission, qu'il a d'ailleurs accomplie jusqu'au bout, non sans difficultés. Près de deux semaines après ce récit il raconte des choses bizarres qui se passent autour de sa chambre. Il sent des présences autour de lui, parfois ça chuchote, ou il entend le bruit d'une radio africaine réglée très bas. Il a sa porte qui claque comme si quelqu'un venait de sortir de sa chambre à peine y est-il entré, ou il y a des déplacements d'air comme si quelqu'un passait rapidement derrière lui. Ces phénomènes ne l'angoissent que modérément, beaucoup moins que ses cauchemars, et n'interviennent pas dans la psychothérapie. Un jour nous lui avons demandé ce qu'il pensait de ces présences. Il y avait réfléchi : « je pense que ce sont les morts que j'avais croisé là-bas qui viennent me reprocher de n'avoir rien fait pour eux. »

On peut penser que ces illusions sont le produit de sa culpabilité de « meurtrier » et de sa non assistance à personne en danger, et qu'elles auraient pu être les prémisses d'une bouffée délirante. Il faut ajouter qu'il a dû comme ses camarades assister à des scènes de massacres mais qu'il avait l'ordre de ne pas intervenir. C'est d'ailleurs ces événements là qui seront à l'origine des traumatismes les plus graves.

Le traitement de cette névrose traumatique a duré trois ans avec des périodes d'hospitalisations et un suivi en consultation régulier. Dans son évolution l'épisode délirant a tenu peu de place, lui-même n'y attachant pas une grande importance. Quoique français de souche, Xavier nous a rappelé à ce moment-là de nombreux patients africains vus lorsque nous travaillions en Afrique Noire. Il s'agissait de patients ou de patientes qui traversaient un grand moment d'angoisse. Il ne s'agissait en rien de psychotiques et il ne nous ne serait pas venu à l'idée de leur prescrire des neuroleptiques.

L'histoire de Xavier est caractérisée par la terreur de son père qui l'a accompagné durant son enfance et son adolescence, tandis qu'il vivait dans une excessive proximité avec sa mère. Et tout événement l'éloignant d'elle était vécu comme un abandon insupportable, voire une trahison inspirée par son père. Son engagement dans l'armée avait été une tentative pour sortir de cette impasse œdipienne. En fait c'est dans une longue et difficile psychothérapie qu'il trouvera une issue.

## JAMAL

Jamal est un appelé volontaire service long (VSL) pour rejoindre les troupes de l'ONU en Bosnie. Il est affecté à l'ouest du pays, dans la « poche de Bihac ». A cette époque l'armée serbe cherche à « nettoyer » la zone de sa population musulmane. Les forces de l'O.N.U. sont stationnés là pour les en empêcher.

Jamal est conducteur de char. Ce jour là 4 chars français sont postés sur la crête d'une colline. Soudain, une détonation retentit et rompt brutalement le silence. Un impact d'obus, dégageant une énorme gerbe de terre, s'abat à environ cent mètres de là. Spontanément, le pilote, notre patient, le tireur se tournent vers le chef de char à la recherche d'un ordre, ou au moins d'une expression dans son regard. Mais ce dernier reste impassible, occupé à scruter l'horizon afin de repérer l'ennemi.

Tout s'accélère brutalement, un deuxième obus tombe encore plus près. Dans son viseur, Jamal a le temps d'apercevoir sur une hauteur la batterie qui a tiré les salves: elle est serbe. La première salve aurait pu être le fruit du hasard ou un coup de semonce, mais il n'en est rien. Il y a bel et bien ajustement du tir, et le char est manifestement pris pour cible. Jamal pense alors qu'il serait justifié de riposter ou du moins de faire un tir d'intimidation. Au même instant, il voit deux énormes gerbes recouvrir le char du chef de peloton qu'il croit à cet instant touché. Au quatrième impact, qui tombe à quinze mètres du char de Jamal et qui éclaboussent de terre l'engin, le chef dit enfin sobrement : « *On part* ».

Pour Jamal, cet événement est vécu comme une *expérience ineffable*. Il n'a pas eu pas le temps d'être angoissé et d'avoir peur de mourir, rapporte-il. Il décrit un moment d'effroi traumatique. Il a éprouvé aussi, le sentiment d'une accélération vertigineuse du temps, scandée par les déflagrations que le silence de mort qui régnait entre les membres de l'équipage ne faisait qu'amplifier. Puis, surgit cette interrogation toujours douloureuse : « *Pourquoi mon chef n'a pas engagé la riposte ? Il avait certainement des ordres* »

De retour à la base, un flot soutenu d'autres missions continue à l'occuper pleinement. Mais, un matin, il se rend chez son chef d'escadron. Il pleure et lui demande sans détour s'il le considère à l'instar de tout le contingent français à Bihac, comme une « *taupe iranienne infiltrée* ». Le capitaine ne comprend pas le sens de cette question, il tente de le rassurer, il lui dit que ses idées sont infondées et qu'il est très content de ses services. Jamal rejoint alors sa section, mais son comportement bizarre inquiète l'entourage et motive l'intervention médicale : il évite ses anciens amis, déclare à qui veut l'entendre qu'on se méfie de lui, et qu'on aurait fouillé dans ses affaires parce qu'on le prend pour un agent double. Il prétend pouvoir lire des paroles hostiles sur les lèvres et comprendre aux mouvements des mains ce qu'une personne écrit : « *Quand je mettais la mains à mon béret, dit-il, les autres croyaient que je mettais un enregistreur en marche pour les espionner...mais c'est faux* »

Il est alors rapatrié sanitaire et hospitaliser dans le service de psychiatrie de l'hôpital militaire Bégin. A son entrée, la symptomatologie clinique est celle d'une *psychose délirante aiguë* procédant uniquement par des mécanismes interprétatifs. En effet, l'examen ne relève pas d'hallucination ni de discordance. L'humeur est de tonalité dépressive et congruente à l'expérience vécue : « *Il y a eu une histoire d'espionnage, dit-il, on s'est débarrassé de moi en me rapatriant et en m'hospitalisant ; je suis persuadé qu'on m'a pris pour une taupe iranienne infiltré* »

La construction du délire de Jamal s'éclaire jour après jour au fil des entretiens. Nous ne retracerons pas ici toute la richesse de son travail d'élaboration. Disons simplement, d'abord que cette idée d'être un « traître » prend sa racine dans l'événement lui-même: il s'est trouvé dans l'impuissance de défendre ses coré légionnaires. Ensuite son histoire est marquée par l'abandon par son père puis par lui-même de la pratique religieuse, alors qu'il venait d'arriver en France à l'âge de huit ans. Rentrer dans l'armée (dans les Troupes de Marine, nouvelle appellation des troupes coloniales) a été pour lui l'acte fort par lequel il voulait concrétiser sa nouvelle identité de français. La guérison viendra lorsque sa « trahison » prendra la signification d'une dette à reconnaître envers sa culture d'origine.

De la crête d'en face surgissent 4 gros T 59 serbes. Ceux se mettent en position de tir, les français en font autant. Les Serbes envoient une première salve qui tombe assez loin de leur objectif supposé. Mais les suivantes se rapprochent de plus en plus des chars français. Le lieutenant qui commande le détachement reste impassible. Farid ne comprend pas cette attitude qui les met en danger, il ressent une haine mortifère. A ce moment arrive sur lui un obus, « ça y est je suis mort », et explose juste devant le char, puis, leur tentative d'intimidation ayant échoué les T59 font demi-tour et disparaissent derrière la colline.

Les jours suivants, Farid manque d'entrain, il s'isole de ses camarades, refuse de répondre aux questions que leur dicte leur inquiétude. Alerté, le colonel le convoque. A lui il va parler : « mes camarades et les chefs se méfient de moi, ils pensent que je suis une taupe iranienne infiltrée » (il y avait des volontaires iraniens dans les troupes bosniaques). Il est soulagé d'être rapatrié. A l'hôpital, il reste sombre, solitaire, et même méfiant. Son délire ne cède pas aux traitements anxiolytiques et neuroleptiques. En revanche, le travail psychothérapeutique l'intéresse. Il reparcourt sa biographie de petit marocain, puis de petit immigré. S'il a voulu partir en Bosnie, c'est que les musulmans y étaient victimes de Serbes qui les affamaient et les massacraient. Il était heureux de partir avec l'armée de son pays d'adoption. Mais sur place il a du déchanter, la *neutralité* ne permettait pas de faire grand-chose, sinon d'assister réduits à l'impuissance aux exactions les plus cyniques et parfois sanglantes que permet la loi du plus fort. Farid rejoindra sa famille, mais apaisé.

Sa bouffée délirante aura duré moins de 3 mois.

## JACQUES

En 1960, Jacques est militaire en Algérie. Alors qu'il est en mission de surveillance avec son détachement, il se dirige vers un petit village afin de réaliser une perquisition et éventuellement une action punitive. Sous son nez, un rebelle sort d'une maison en brandissant le drapeau du FLN. A ce moment précis, il perd tout contrôle de ses actes et attaque violemment l'individu avec un couteau. La scène tourne à la séance de torture. Pour la première fois, Jacques goûte au plaisir barbare de faire couler le sang. Il jette sur le visage de l'agonissant ensanglanté et couché à terre le drapeau qu'il exhibait. Plus tard, saisi par un sentiment de culpabilité, il prend de ses nouvelles, et apprend qu'il est mort. Dans l'après coup, toute l'horreur de son acte lui apparaît. Il est par la suite le témoin de nombreuses exactions de la part des soldats de son unité, auxquelles, selon les circonstances il participe. Durant ces périodes troubles, Jacques, devint irritable et oppressé. Il tolère mal toute la violence qui se dégage de lui et de ses camarades. "Pour tenir" dans ses moments, il a recours à l'alcool. La honte et la culpabilité l'empêchent lors de ses permissions de retourner en France à l'orphelinat religieux où il a été élevé. Il reste en Algérie, faire du bénévolat au profit de la population locale. Il a des cauchemars: "*je revoyais sans cesse la scène de cet homme dont le visage était recouvert par son drapeau, maculé de sang et vers qui je tendais parfois la main, une main trop courte pour atteindre la victime*".

Peu avant, la fin de son engagement, il a des idées de suicide et monte la garde désarmé, espérant ainsi se faire tuer. Il est évacué sanitaire, pour crise ulcéreuse avec vomissements sanglants vers les hôpitaux de la métropole.

Le retour à la vie civile se caractérise par une longue période d'errance, de vagabondage et de dépression. Cette période se termine, lorsqu'il rencontre une jeune femme avec laquelle il se marie (il aura 3 garçons et 1 fille) et qu'il trouve un travail grâce au soutien des Anciens Combattants. Dans les années qui suivent, il présente



toute la gamme des symptômes de la névrose traumatique plus au moins accentués selon les périodes : syndrome de répétition, phénomènes anxieux, états dépressifs, troubles caractériels, troubles des conduites (alcool, violences). Il s'attribue la mort accidentelle (par accident de la voie publique) d'un maghrébin avec lequel il s'était bagarré la veille. Il se sent devenir dangereux, et en 1982 consulte un psychiatre sans grand effet.

Son état s'aggrave peu à peu, il est hospitalisé en 1998 à la suite d'une tentative de suicide. Le psychiatre qui le reçoit note une attitude séductrice et un théâtralisme important pour exprimer sa souffrance. Dans son sac le drapeau ensanglanté qui recouvrait la tête de sa victime, une boîte de Clorazépate et un poignard "pour me rassurer".

Lorsqu'il évoque les scènes traumatiques, il exprime parfaitement le « plaisir » (la jouissance) qu'il a ressenti à faire le mal et à le contempler. Cette jouissance qu'il lui revient dans les symptômes de répétitions lui est précieuse : il pense qu'il pourrait aller à la messe et demander pardon mais il ne le fait pas. Son humeur est très labile avec alternance de périodes d'euphorie sans tachypsychie mais avec une certaine hyperactivité. On note aussi une symptomatologie dépressive caractérisée par une grande culpabilité et une inhibition psychomotrice qu'il tolère mal.

A cela s'ajoute la certitude toute particulière d'être suivi, par exemple dans les magasins. Chez lui, il relève tous les numéros des véhicules qui stationnent près de sa porte. Il imagine qu'un Harki mort de sa main (lors d'une bagarre en Algérie) a chargé quelqu'un de "lui régler son compte". Il a peur d'être agressé un peu n'importe où et surtout d'agresser quelqu'un. Il présente une attaque de panique à la vue d'un jeune maghrébin psychotique hospitalisé dans le service. Il se sent responsable de son état.

Bientôt de nouveaux éléments viennent encore alourdir le tableau clinique. Ses songes évoluent, se transforment, avec l'impression d'un morcellement de ses membres. Il rêve que son petit-fils subit des mutilations. Il perd pied avec la réalité et rattache la persécution dont il se sent l'objet à des actions du monde des morts. Dans la rue, il est halluciné et entend des injures en arabe. La mise sous traitement neuroleptique ne modifie pas le tableau clinique. Il sort de l'hôpital et vient très ponctuellement à ses rendez-vous de consultation.

Jacques est né en 1936. Il est orphelin, trouvé dans un champ à l'âge de 18 mois par un paysan. Il n'a que peu d'éléments sur ses origines mais non des moindres, ils proviennent de sa fratrie rencontrée à l'orphelinat. En effet, il a un frère de trois ans son aîné, ainsi qu'une sœur cadette. Son père aurait été un ecclésiastique et sa naissance relèverait d'un acte incestueux. Son beau-père l'aurait reconnu juste avant qu'il ne soit abandonné. Il le représente comme une main tendue vers lui qui s'est soudainement éloignée. Il ne cherche pas à en savoir davantage.

Il est élevé dans un orphelinat tenu par des Sœurs. Il trouve un substitut familial au sein de cette communauté où il reçoit une éducation des plus religieuses marquée à ses dires par des préceptes fondamentaux que sont le respect de la vie d'autrui et la non violence. Dans ce cadre, il pratique des sports de combat pour pouvoir se défendre de la violence supposée des autres. De cette période de l'enfance, il ne garde pas de souvenir très précis.

Néanmoins, à travers son récit on devine qu'il a été un adolescent fragile et facilement déprimée. Il se souvient aussi d'avoir commis des actes de cruauté sur des animaux, et d'avoir été un jeune garçon très bagarreur. A 18 ans il quitte l'Institution pour apprendre un métier. Puis il est appelé sous les drapeaux. L'armée lui convient il s'engage. Il fera du « maintien de l'ordre » en Algérie de 1959 à 1962.

- Cette observation, montre un mode de pensée délirante, qui s'articule de près avec les événements traumatogènes, on voit aussi, que ce que Jacques dit de lui-même et

de sa vie dans son ensemble forment les prémisses d'un travail psychothérapique qui devra relier son passé d'avant la guerre d'Algérie et son destin de traumatisé. Sans doute la question de la culpabilité, pour des faits réels mais aussi dans sa dimension fantasmatique sera - t'elle le pivot d'une élaboration source d'une certaine pacification, voire s'il peut pousser son travail psychique assez loin, d'une guérison.

### **Mélancolies délirantes persécutives (4/5) :**

Dans notre expérience ces états constituent les cas les plus nombreux de psychoses post-traumatiques. Sans que nous puissions en déduire qu'ils constituent la majorité des formes d'éclosion délirante. Tous sont caractérisés par le poids énorme de la culpabilité, ou de la honte dans des structures très narcissiques. Honte et culpabilité étant liés aux particularités ou au contexte de l'événement traumatisant. Nous en citerons deux, ici sans reprendre à chaque fois les éléments de biographie qui nous semblent moins pertinents pour expliquer le trouble que l'événement lui-même. Ils le redeviendront quand, la crise psychotique guérie, il s'agira de traiter la névrose traumatique. En attendant, le traitement sera celui des états mélancoliques, avec des antidépresseurs et des neuroleptiques. Ce qui n'empêche pas que les entretiens puissent être déjà le commencement du travail psychothérapeutique.

#### **Cas 4**

Saïd est un ancien légionnaire d'origine kabyle. Il a fait une carrière dans ce corps d'élite pendant 15 ans et a trouvé facilement un emploi à son retour dans le civil. Mais il y a un moment où sa vie a commencé à lui échapper. Il a senti peu à peu un vaste réseau de persécuteurs se constituer, formé de « tous les jeunes beurs » de l'agglomération parisienne. Il a surpris des bribes de conversation qui le désignaient comme l'homme à abattre. Il a surpris aussi des signes que se faisaient discrètement ses persécuteurs dans divers endroits où il se trouvait. Dans le même temps il a commencé à perdre le sommeil et à avoir des cauchemars. Des sentiments dépressifs l'envahissent progressivement, et il projette un suicide. Avant de passer à l'acte, il décide de tenter de se mettre à l'abri de ses poursuivants en se faisant hospitaliser dans un hôpital militaire, et c'est au service de psychiatrie qu'il s'adresse ! A son arrivée il parle de son projet de suicide. On peut difficilement ne pas croire cet homme visiblement très amaigri et dont le visage porte la marque d'une grande souffrance (l'oméga mélancolique). Il livrera aussi facilement son délire, demandant que le service le protège et ne laisse pénétrer aucun « beur ». Les jours suivants, alors qu'a été commencé un traitement à base de clomipramine et de lévomépromazine, il accepte de raconter ses cauchemars. Ils ont trait à un événement de sa vie de soldat. Il est dans le désert africain où des troupes françaises sont en train de repousser les troupes Libyennes. Il est de garde ce jour là face à l'entrée du camp de la légion. Il a face à lui le point de passage ouvert sur l'extérieur, avec de part et d'autre une barrière à claire voie. Tout à coup il voit se profiler, le long de la barrière, à l'extérieur, une silhouette d'homme qui avance courbé et armé d'un fusil, dans l'attitude des soldats qui se préparent à un assaut. Il fait plusieurs fois les sommations d'usage, mais la silhouette continue à avancer. Puis elle fait un bond vers l'entrée du camp en pointant son fusil. Le légionnaire tire, l'assaillant s'écroule. Il va « au résultat » et trouve un adolescent avec un fusil en bois, mais qui respire encore. Il le prend dans ses bras pour le soulever et l'emmener à l'infirmerie, mais il meurt à ce moment en le fixant de ses grands yeux bleus d'enfant.

On devine qu'une fois l'état mélancolique surmonté, ce qui a pris beaucoup de temps, cet homme intelligent et sensible aura beaucoup à dire...

## ANDRE

André est un « petit gars du Nord », engagé dans l'armée à 17 ans. Enfant il avait été fasciné par les soldats américains restés dans la région après le débarquement. Son père l'emmenait avec lui quand il allait dans les bistrotts discuter avec eux.

Tout de suite, C'est l'Indochine, où il fait la guerre, comme les autres. Jusqu'au jour où tout bascule dans l'horreur. Ils avaient y avait eu beaucoup de tués lors d'un accrochage avec un groupe de Viets. Le chef de la section décida de les venger en ordonnant le massacre des habitants qui avaient hébergé et caché les soldats ennemis. André ne supporta pas ce forfait criminel, et demanda à être parachuté dans la cuvette de Dien Bien Phu, déjà en mauvaise posture. Fait prisonnier, il resta 6 mois en camp de concentration, où la rééducation consistait essentiellement à faire avouer aux soldats français qu'ils n'étaient que des tueurs et des criminels. Sur les photos de l'époque prises à la sortie du camp, André n'est plus qu'un squelette. Il fera 5 mois d'hôpital pour recouvrer sa santé et quittera l'armée avec une petite pension. Il se marie, a cinq enfants, et il exerce son métier de peintre en bâtiment. Mais des cauchemars apparaissent, environ cinq ans après sa sortie de l'hôpital. Peu à peu ils deviennent de plus en plus fréquents et vient un moment où il ne peut plus garder tout ça pour lui. Il impose à sa famille des récits abominables du massacre. Il leur fait vite horreur, et d'un commun accord, sa femme et ses enfants le mettent définitivement dehors. Il va vivre seul dans une caravane à la périphérie de la ville. Son humeur se détériore rapidement, il ne peut plus travailler et vit de sa modeste pension militaire. Il se met à boire, autant que celle-ci le lui permet. Mais surtout des hallucinations apparaissent : la nuit il entend des Viets ramper autour de sa caravane, attendant le moment pour lui faire payer ses crimes. Plus que l'assassinat projeté, c'est cette attente interminable, nuit après nuit, qui fait de sa vie un enfer. Un jour il lit dans son journal des Anciens Combattants le résumé d'une conférence du Professeur Barrois sur la névrose traumatique. Il écrit au conférencier pour lui exposer son cas. Celui-ci lui répond en lui proposant une hospitalisation. C'est un déchet humain que nous voyons arriver et il n'est pas loin de ressembler à ces photos de la sortie des camps. Le traitement chimiothérapique sera mis en place immédiatement, mais les entretiens sont peu productifs. Nous n'en saurons jamais beaucoup plus que ce que nous avons dit pour le présenter. En particulier il ne peut parler ni du massacre, ni même de son séjour dans les camps. Il faudra beaucoup de temps pour le sortir de son délire et de sa mélancolie, qu'il ne craigne plus la venue de ses tueurs. Quand il retrouve enfin le sourire, il est débordant de reconnaissance pour l'équipe hospitalière. Fait-il encore des cauchemars ? Il semble que non, et la « guérison » (apparente ?) sera durable pendant les années suivantes.

## HENRI

Le 3 décembre 1996, Henri 27 ans, rentrant de son travail, emprunte comme à son habitude, le RER. Il voyage seul, assis, sans occupation particulière, lorsque soudain une bombe placée à l'intérieur du wagon explose. Sur le moment, il ne pense à rien, voit juste une boule de feu surgir et se retrouve projeté sur les rails, il est d'abord pétrifié puis comprend que c'est un attentat. Il a mal à l'oreille gauche et aux côtes mais n'est que très légèrement blessé à la tête sans notion d'une quelconque perte de connaissance. Immédiatement, il porte secours aux autres voyageurs et les aide à remonter sur le quai. Certains sont la proie des flammes, il se sert de sa veste pour éteindre une victime, puis il s'occupe avec les policiers de rechercher des extincteurs pour éteindre divers petits foyers, puis de diriger les voyageurs vers la sortie. Ses

actes sont parfaitement adaptés. Il essaye le plus possible d'éviter l'exposition d'enfants au spectacle effroyable des corps mutilés et brûlés qui jonchent le sol. Henri remonté enfin à la surface où il est pris en charge et emmené dans le service ORL d'un l'hôpital. Il se souvient avoir été capable de donner le numéro de téléphone de sa mère : c'est le seul dont il se souvenait..

Au cours de son hospitalisation, il est traité pour une plaie superficielle du cuir chevelu et un blast de l'oreille gauche. Psychologiquement, il tient le coup, pendant la journée. Durant son séjour, il voit à deux reprises une psychologue et bénéficie d'un groupe de parole. La nuit en revanche, il est d'abord simplement agité, puis apparaissent les premiers cauchemars: la boule de feu, l'explosion. A sa sortie de l'hôpital, il retourne chez son père. Il se souvient qu'il était morose, irritable et qu'il commençait à avoir des envies de suicide par défenestration ou phlébotomie, mais il lutte contre cette tendance. Son généraliste lui conseil de voir un psychiatre.

A la consultation, on est frappé par son maintien voûté, la pauvreté de sa mimique et ses sourcils froncés, son regard fixe et la rareté de sa gestuelle qui lui donne un aspect figé, néanmoins, le contact s'établit sans difficulté tout en restant un peu superficiel.

Il est correctement orienté dans le temps et dans l'espace, ses capacités d'attention, de concentration et de mémorisation n'étant pas altérées malgré ses plaintes à ce niveau. Il s'exprime avec un vocabulaire usuel mais avec quelques distorsions sémantiques et des expressions bien personnelles, inhabituelles. Il n'y a pas de trouble du jugement ni du raisonnement.

Spontanément, il exprime toute l'angoisse qui l'envahit depuis l'attentat. Il veut "*en finir*" et parle de se tuer par précipitation. En fin de journée, à l'heure de l'explosion, il se sent oppressé et ne sait plus qui il est. Il ne se sent pas capable de reprendre son travail (jardinier paysagiste dans une entreprise).

Il parle ensuite de ses cauchemars dans lesquels il vit des scènes tellement effrayantes qu'il préfère ne pas dormir. Plus de dix fois par nuit, il voit "*la boule de feu qui fonce sur lui*" et sent l'odeur de chair brûlée. Dans les jours suivants, à l'hôpital, chaque nuit la scène réelle s'enrichit d'éléments imaginaires tels un morcellement de l'ensemble de ses membres ou une rivière de sang coulant dans la tranchée du métro. Les blessés ne sont plus ceux de l'attentat, leurs visages s'effacent et sont remplacés par une croix de sang. "*Des morceaux de viande volent*" et il se voit mutilé : « mon bras se détache de mon corps et avance sur le planché de la rame par des mouvements de reptation des droits ». La journée, il vit l'attentat en fermant simplement les yeux. il commente l'expérience qu'il a traversé : « c'est un signe divin, un avertissement par rapport à la vie que je mène ». Aussi il préférerait rester chez lui par peur que l'événement ne se reproduise. Lorsqu'il a été obligé de sortir pour faire des courses par exemple, il s'est senti suivi et se retournait souvent pour regarder derrière lui.

Dès son admission à l'hôpital, immédiatement après la première consultation, un traitement a été instauré à base de clomipramine et lévopromazine. Le personnel hospitalier voit évoluer un patient très déprimé avec des idées suicidaires omniprésentes, ayant perdu tout intérêt pour les activités habituellement investies, angoissé en journée, très adhésif au personnel avec un aspect étrange, n'entretenant aucun rapport avec les autres patients. Il ne « tiens pas en place ». Son séjour dure un mois et est entrecoupés par des permissions de week-end. Quand il est dehors ses envies de suicide sont plus présentes et ses cauchemars plus effrayants. Les entretiens révèlent un patient cantonné dans une position d'attente passive, dépourvu de capacités d'élaboration et d'introspection. Le traitement neuroleptique est changé pour de la rispéridone sans plus d'effet, puis changé à nouveau pour de l'olanzapime qui se montra enfin efficace.

Lorsque sa sortie de l'hôpital devient possible, il est suivi régulièrement en consultation, ce qui n'empêche pas qu'il y aura de très nombreuses rehospitalisations quand les symptômes initiaux réapparaissent.

Henri reprend son travail en 1999. Trois mois plus tard, il lui arrive quelque chose de grave, son père avec lequel il vit, (ses parents son séparés) , lui dérobe l'argent que lui a versé le fond de garanti, mieux , il le désigne à ses créiteurs comme celui qui doit les remboursés , ceux-ci qui sont de vrais voyous l'agressent dans l'appartement et le menace de mort s'il ne leur rembourse pas la dette de son père . Henri vient se réfugier à l'hôpital et sur ses éléments réel il construit un vrai délire avec des hallucinations, il voit son père partout ou les créanciers de son père, il imagine aussi que les poseurs de bombe vont venir le tuer.

Il n'ose plus circuler dans la rue, car chaque individu qu'il croise est a priori suspect de vouloir sa mort.

Il faudra beaucoup de temps pour que son délire s'apaise et quand il sort de l'hôpital il va se réfugier chez sa mère à la campagne, il continue à revenir à la consultation pour des ajustements thérapeutiques et pour se plaindre des relations difficiles qu'il entretient avec sa mère et son frère aîné lui-même schizophrène. Toute fois là-bas il se sent en sécurité. On ne constate pas l'installation d'un véritable syndrome dissociatif et nous pouvons pensés que le traitement neuroleptique précoce y est pour quelque chose.

De ce que se sujet nous a dit de son enfance, de son adolescence, et surtout de son entré dans l'âge adulte il ressort qu'il était schizoïde dans le sens ou il a une structure psychotique de la personnalité. Il a toujours été renfermé, n'a noué aucune relation affective ou sociale et en dehors de son travail de jardinier il est apragmatique Il ne sort de chez lui que pour faire les achats nécessaires à sa vie quotidienne .et passe tous ses loisirs enfermé dans sa chambre à construire des maquettes de bateau ou à faire de la broderie. Il a d'ailleurs amené son matériel dans sa chambre à l'hôpital, ne supportant pas l'atelier d'ergothérapie. Le trauma l'a fragilisé comme le montrent l'évolution de son activité onirique autour du thème du morcellement et ses crises impressionnantes d'angoisses de néantisation. Il est certain que sans traitement une dissociation et un délire paranoïde se seraient installés. C'est la trahison du père qui va être le facteur déclenchant de la psychose.

## **Conclusion :**

Ces observations correspondent à nos expériences. Les psychoses authentiques sont rares, plus souvent avons-nous affaire à des moments psychotiques réversibles après lesquels le sujet reprend son habitus névrotique antérieur. En outre, ce qui nous étonne le plus dans les études américaines, c'est cette évolution concomitante de la psychose chronique et du PTSD, à moins de considérer que toute reviviscence du traumatisme signe une psychose. Ce qui n'est pas notre conception. Pour nous, ce qui reste de tout cela, c'est que le traumatisme peut faire éclore des manifestations délirantes qui ne modifient pas la structure névrotique du sujet (lesquelles sont probablement appelées psychoses dans les études nord-américaines), mais en revanche, que les structures psychotiques sont toutes désignées pour déclencher une psychose chronique sous le coup de bouter qu'est le trauma.

Les états délirants post-traumatiques semblent se répartir en deux groupes selon la structure du sujet:

- Soit il s'agit de structures psychotiques non décompensées. Le déclenchement de la schizophrénie ou de la paranoïa se fera avec un délai variable. Parfois, presque immédiatement, parfois avec un délai qui peut atteindre plusieurs années. Comme si la névrose pouvait faire barrage au délire (faire suppléance comme disent les Lacaniens)
- Soit on a affaire à un état limite avec de grandes souffrances dans l'enfance (parfois des maltraitances). Ils développent des troubles de l'humeur, généralement à bonne distance du trauma. Le ressort ici est la culpabilité, mais aussi en arrière plan la honte.

La culpabilité: Il faut d'abord se rappeler quelle est le lot de toute névrose traumatique. Le franchissement du refoulement originaire, chez tout névrotique, est une transgression pouvant être un équivalent de l'inceste. Quand par surcroît le traumatisme est lié à des actes criminels du sujet (ou un de ses alter ego), c'est également l'interdit du parricide qui est transgressé. La culpabilité peut alors prendre des proportions telles qu'elle peut devenir très pathogène. Dans ce deuxième cas la source de la culpabilité est consciente. Les taux de suicide sont alors très élevés.

La première source de culpabilité est inconsciente, mais elle peut aussi être à l'origine de phénomènes délirants. Ceci se produit quand elle rencontre dans l'inconscient une culpabilité jusque là refoulée.

Ce jeune engagé subit une punition qui par la maladresse de ceux qui le punissent devient inhumaine et fait traumatisme. Quelques semaines plus tard il évolue vers un délire mélancolique, avec deux tentatives de précipitation du toit de l'hôpital.

L'armée veut le tuer et elle l'a hospitalisé pour que cela soit fait proprement : les médecins sont de faux médecins, les malades de faux malades. Ce soldat est puni pour avoir participé à une orgie alcoolique à la caserne. Ce garçon est habituellement d'une sobriété exemplaire. Il a pris la place de son père, qui était un alcoolique, Une fois, il avait 5 ans, c'est lui qui a appelé la police à la demande de sa mère. Les policiers sont arrivés et ont menotté son père et l'ont emmené. Ce souvenir est douloureux : « j'ai été un judas ». Puis sa vie sera faite d'événements violents dont il est la victime (de la part de son beau-père surtout) ou l'acteur.

A 16 ans il va voir son père qu'il n'avait pas vu depuis dix ans. Il le trouve dans un état « pitoyable ». Son père se suicide peu après cette visite. Etre puni pour alcoolisme l'amène à prendre à sa charge ses fautes et la faute du père.

Parfois des maltraitances de l'enfance vont aboutir à ce que la personnalité se structure sur un mode limite. Dans ces cas le traumatisme déclenche souvent des troubles thymiques, essentiellement mélancoliques à thématique persécutive.

## Bibliographie :

DAVIDSON JRT, KUDLER HS, SAUNDERS WB et Al. *Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with PTSD*. Compr Psychiatry 1990 ; 31 : 162-

- DAVIDD, KUTCHER G, JACKSOB E. *Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiat 1999 ; 60 (1) : 29-32
- HAMNER MB, FOSSEY MD. *Psychotic symptom associated with posttraumatic stress disorder*. Neuropsychopharmacol 1993 ; 9 (Suppl.) : S131-S122.
- BUTLER RW, MUESER KT, SPROCK J, BRAFFE DL. *Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder*. Biol Psychiatry 1996 ; 39 (10) : 839-844.
- DAVID D, KUTCHER GS, JACKSON EI, MELLMAN TA. *Psychotic symptoms in PTSD*. In : *New research program and abstract 201*. American Psychiatric Association Annual Meeting, San Diego, CA 1997.
- HAMNER MB. *Psychotic features and combat-associated PTSD*. Depress Anxiety 1997 ; 5 (1) : 34 – 38.
- MUESER KT, BUTLER RW. *Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder*. A J Psychiatry 1987 ; 144 : 209-302.
- HAMNER MB, FRUECH BC; ULMER HG, ARANA GW. *Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic PTSD*. Biol. Psychiatry 1999 ; 45 : 846-852.
- SAUTTERN FJ, BRAILEY K, UDDO MM, HAMILTON MF – *PTSD and comorbid psychotic disorder : comparison with veterans diagnosed with PTSD or psychotic disorder*. J Traum Stress 1999 ; 12 : 73-88.
- DEERING CG, GLOVER SG, READY D, EDDLEMAN HC, ALARCON RD. *Unique patterns of comorbidity in post traumatic stress disorder from different sources of trauma*. Compr Psychiatry 1996 ; 37 (5) : 336-346.
- IVEZIC S, BAGARIC A, ORUC L, MIMICA N, LJUBIN T. *Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related post-traumatic stress disorder patients*. Croat Med J 2000 ; 41 (2) / 179-183;
- IVEZIC S, ORUC L. *Psychotic symptoms in post-traumatic-stress disorder : case report*. Military Medicine 1999 ; 164 (1) : 73-75;
- GOTTESMAN II, SHIELDS J. *Schizophrenia : the epigenetic puzzle*. New-York : NY Ac press, 1982.
- SAUTTER FJ, CORNWELL J, JOHNSON JJ, WILEY J, FARAONE SV. *Family history study of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms*. Am J Psychiatry 2002 ; 159 (10) : 1775 – 1777
- BRESLAU N, DAVIS GC, ANDRESKI P, PETERSON E. *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. Arch Gen Psychiatry 1991 : 48 – 216 – 222.
- KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E, HUGHES M, NELSON CB. *Posttraumatic stress disorder in a National comorbidity survey*. Arch Gen Psychiatry 1995 ; 52 : 1048-1060.
- MUESER K, GODDMAN LB, TRUMBETTA S, ROSENBERG S, OSHER C, VIDAVER R, AUCIELLO P, POY DW. *Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness*. J Consult Clin Psychol. 1998 ; 66 :496-499.
- SHAW K, MCFARLANE AC, BOOKLESS C, AIR T. *The aetiology of post psychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode*. J Trauma Stress 2002 ; 15 (1) : 39-47.
- MEYER H, TAIMINEN T, VUORI T, AIJALA A, HELENIUS H. *Posttraumatic stress*

*disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients.* J Nerv Ment Dis 1999 ; 187 (6) : 343-352.

VERGNES C. *Traumatisme psychique et troubles psychotiques* (Thèse de doctorat en médecine). Bordeaux : Faculté de médecine, 2004.

APA. DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson, 1996.

DUCHET C. *Le psychotraumatisme à l'épreuve de la névrose et de la psychose.* Revue francophone du Stress et du Trauma 2006 ; 6 (4) : 231-238.