



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Mémoire

De la facticité potentielle de l'état de stress post-traumatique au Réel du Trauma. Quelle place pour les « faux simulateurs » ?

From the potential artificiality of the state of posttraumatic stress to the Reality of the trauma. What place for "false simulators"?

Y. Auxéméry

Service de psychiatrie et de psychologie clinique, hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 90001, 57070 Metz cedex 3, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Reçu le 7 février 2011
 Accepté le 5 mai 2011

Mots clés :
 Diagnostic différentiel
 État de stress post-traumatique
 Simulation
 Traumatisme psychique
 Troubles factices

Keywords:
 Differential diagnoses
 Factitious disorders
 Malingering
 Posttraumatic stress disorder
 Psychic traumatism

R É S U M É

Des observations cliniques d'états de stress post-traumatiques simulés et factices ont été décrites dans la littérature. Après avoir envisagé successivement ces deux cadres nosographiques, nous en interrogerons les conditions de possibilité. La simulation d'un état de stress post-traumatique (ESPT) est essentiellement rencontrée dans un cadre expertal où les tests psychométriques ont été développés. Mais à cause de leur peu de sensibilité, ces tests seront secondairement écartés de la réflexion au profit d'une approche psychopathologique des troubles psychotraumatiques en envisageant leurs dimensions simulées et factices, éventuellement associées ou intriquées. Si l'on a rapporté une simulation psychotraumatique complète d'un soldat qui n'a jamais été au feu, une sursimulation peut également se remanier, secondairement à une pathologie authentique, dans la quête d'une reconnaissance symbolique. Également, vers la recherche du statut de malade via le subterfuge des pathomimies, de nombreux troubles ont été imités ou provoqués. Quoique souvent déniée au profit du soma, cette position de malade est une position de malade psychique se dessinant via l'expression d'une souffrance confiée comme traumatique. Au contraire, le sujet traumatisé psychique garde son histoire longtemps secrète et ne peut rien en dire. Ceux qui s'expriment bruyamment n'ont pas vécu l'instant de faillite du langage caractéristique de l'effroi. Mais même si le patient ne présente pas de répétitions psychotraumatiques en tant que telles, il a pourtant été traumatisé subjectivement et fait valoir cette certitude alors que le clinicien ne retrouvera pas la clinique classique du trauma. Nier brutalement sa présentation de lui-même et cette douleur viendrait dessaisir le sujet de son identité et constituerait un frein à sa reconstruction.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Descriptions of simulated and artificial states of posttraumatic stress can be found in the literature. After having successively considered these two nosographic contexts we will question the conditions of possibility. The simulation of a state of posttraumatic stress is essentially found in the expertal context in which the psychometric tests were developed. But due to their lack of sensitivity, they make way for a psychopathological vision of the disorders according to the artificial and psychotraumatic dimensions. The simulation can thus be considered as a symptom. In the search for the status of patient via the subterfuge of pathomimicry, numerous disorders have been imitated or provoked. From the outset and more surely secondarily, although often denied in favour of the soma, the position of patient is that of psychic patient taking the shape of the expression of suffering confided as traumatic. Adjacent points can emerge between simulation, pathomimicry and psychic trauma. If a total simulation of a soldier who has never been in the front line can be found, an over-simulation can also secondarily be modified to an authentic pathology in the quest for symbolic recognition. The psychic traumatised subject keeps their history secret for a long time and cannot say a thing. Those who express themselves loudly have not been through the moment of language failure characteristic of fear. Even if the patient does not show any psychotraumatic repetitions as such, he

Adresse e-mail : yann.auxemery@hotmail.fr.

has still been traumatised in his mind and emphasizes this certainty whilst the clinician will not find the classical clinical of the trauma. Brutally deny this presentation of himself and the pain would divest the subject of their identity.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Des observations cliniques d'états de stress post-traumatiques simulés et factices ont été décrites dans la littérature. Après avoir envisagé successivement ces deux cadres nosographiques, nous en interrogerons les conditions de possibilité. La simulation d'un état de stress post-traumatique (ESPT) est essentiellement rencontrée dans un cadre expertal où des tests psychométriques ont été développés. Mais à cause de leur peu de sensibilité, ces tests sont secondairement négligés au profit d'une approche psychopathologique recentrée sur le sujet et qui envisage une quête de sens. Quel sens peut prendre la plainte confiée au thérapeute ? Dans le cas de pathologies organiques et psychiques factices, le patient présente aux soignants une position de malade, venant confier une souffrance traumatique. Si une dimension de continuité est envisageable entre facticité et sursimulation, ces deux cadres théoriques peuvent se différencier des conséquences d'un traumatisme psychique caractérisé par la confrontation à un réel irréprésentable. Mais lorsque le malade se présente comme traumatisé, le thérapeute peut-il être tenté de dénier cette identité si elle diffère d'une théorie du traumatisme psychique ? Nous établirons dans ce travail les dimensions communes et antinomiques des trois présentations possibles d'une description d'ESPT selon qu'il soit considéré comme simulé, factice ou rendant compte des mécanismes psychopathologiques du trauma.

2. L'état de stress post-traumatique simulé

2.1. Définitions

La simulation est définie comme la production consciente de symptômes physiques et/ou psychiques dans le but d'obtenir un bénéfice primaire. Un intéressement pécuniaire constitutif d'une pension ou la tentation d'échapper à ses obligations judiciaires peuvent induire les déterminants motivationnels de ce comportement. Le DSM-IV-TR précise que le simulateur peut présenter un comportement adapté dans certaines circonstances exceptionnelles, comme le prisonnier feignant une maladie dans l'intention d'être libéré de sa geôle [1]. La simulation est-elle parfois adaptée mais le plus souvent pathologique ? Ou bien est-elle à considérer simplement comme un comportement répréhensible qui fait perdre son temps au praticien ? La question de la simulation d'un trouble, en particulier psychotraumatique, se pose en pratique fort différemment selon que le clinicien se positionne en tant que thérapeute ou en tant qu'expert missionné. Mais pour chacune de ces deux possibilités, le médecin devra octroyer les avantages sociaux acquis par l'histoire aux seuls sujets qui peuvent en bénéficier, à l'exclusion des simulateurs. Une clinique du soupçon s'est parfois installée. Un jugement de valeur moral est souvent présent en toile de fond des travaux référencés qui s'échinent à distinguer la « simulation » psychotraumatique de son « authenticité » [16]. Cette impasse peut sans doute être franchie grâce à une réflexion clinique. Au cœur d'une relation thérapeutique habituelle, la croyance spontanée aux dires du patient est une évidence présumée qu'il ne convient pas de remettre en doute. Cela reste une constante même du point de vue de l'expert, d'autant que la simulation d'un trouble psychique post-traumatique pour atténuer ses condamnations judiciaires est un stratagème peu opérant en pratique [2]. Une stratégie commune

est de s'afficher comme victime psychotraumatisée dans un accident de la voie publique où deux parties se font face [31]. Mais alors que quelques simulateurs tentent d'éviter des sanctions judiciaires, la motivation prédominante reste celle d'un gain financier : les sommes en jeu peuvent être conséquentes, notamment dans le cadre de l'obtention d'une pension militaire d'invalidité [15]. Certaines techniques d'entretien à caractère policier ont été développées pour établir un distinguo entre pathologie et simulation [13]. Quelques auteurs ont aussi envisagé des tests psychométriques pour muscler les conclusions de leurs expertises mais aussi pour écarter les sujets simulateurs des recherches scientifiques au sein desquelles ils induiraient un biais de sélection.

2.2. Études psychométriques destinées à « démasquer » la simulation psychotraumatique

De nombreuses études psychométriques ont vu le jour pour tenter de cerner les sujets simulateurs d'ESPT. Les instruments psychométriques sont essentiellement validés pour des populations de vétérans militaires. Comme exemples, nous citerons l'échelle *Infrequency Posttraumatic Stress Disorder Scale* qui a été développée sur des travaux de recherche intéressant les traumatismes psychiques de guerre, alors que l'échelle *Infrequency-Psychopathology Scale* est davantage appropriée pour les traumatismes psychiques civils [8]. Au sein des nombreux tests se distingue notamment la *Trauma Symptom Inventory* qui est un autoquestionnaire à 100 items incluant une échelle dite d'*Atypical Response (ATR)* censée différencier les « vrais » ESPT de ceux « simulés ». Mais les conclusions de ces études psychométriques retrouvent beaucoup de faux positifs [29]. En effet, ces travaux de recherche se heurtent à de nombreuses difficultés méthodologiques au premier rang desquelles figure la constitution de groupes de sujets « simulateurs factices ». Les étudiants qui doivent jouer aux patients simulateurs d'ESPT apprennent des techniques de simulation dans un temps très bref. Par ailleurs, leur gain à espérer est modeste, alors que les sommes habituellement en jeu sont de l'ordre de dizaines de milliers de dollars. Ces sujets sains doivent incarner « des simulateurs de simulateurs », ce qui fausse cruellement les pistes de recherche où l'on ne comprend souvent plus bien qui trompe qui.

Guriel et al. concluent à l'absence de test psychométrique ou de méthode validée pour discriminer les sujets simulateurs des patients psychotraumatisés [12]. La plupart des autoquestionnaires ont échoué dans cette indication dont le *Multiplhasic Minnesota Personality Inventory* (MMPI) [25], la *Personality Assessment Inventory* (PAI), le *Trauma Symptom Inventory* (TSI), la *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD* et le *Posttraumatic Symptom Scale self-report* (PSS-SR). D'autres indices physiologiques ont été testés sans grand succès notable comme l'étude de la fréquence cardiaque, la conductance cutanée et même l'électromyogramme des muscles zygomatiques [24].

Finalement, la conclusion majeure de ces travaux scientifiques considère que l'évaluation de la simulation, et de son corollaire la non-simulation, nécessite une approche multifocale qui comprend une enquête sur l'anamnèse et le recueil de témoignages venant corroborer ou infirmer des éléments anamnestiques [15]. Cet aspect demeure exclusivement l'apanage de l'enquêteur judiciaire ou administratif. Le médecin, lui, s'intéresse à la clinique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/312609>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/312609>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)