

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SES TROUBLES ASSOCIÉS

SYLVIE MOLENDAS*

RÉSUMÉ

Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie, l'état de stress post-traumatique (ESPT) est répertorié au sein des troubles anxieux. Il se caractérise par trois groupes de symptômes : reviviscences, conduites d'évitement/anesthésie émotionnelle et signes d'hypertonie neurovégétative. Son développement coïncide également avec l'apparition de profonds bouleversements qui affectent la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Enfin, il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques, voire psychosomatiques.

MOTS-CLÉS

état de stress post-traumatique (ESPT), reviviscence, conduite d'évitement, hypertonie neurovégétative, comorbidité.

SUMMARY: POSTTRAUMATIC STRESS

DISORDER AND ITS ASSOCIATED DISORDERS
According to the Diagnostic and statistical manual of mental disorders of the American Psychiatric Association, the posttraumatic stress disorder (PTSD) is listed within the anxious disorders. It is characterized by three groups of symptoms: reexperiencing, avoidance and hyperarousal symptoms. Its development also coincides with the appearance of profound turnovers which affect the perception which the persons have of themselves and of the world. Finally, it is often associated with the other psychiatric, even psychosomatic demonstrations.

KEY WORDS

posttraumatic stress disorder, PTSD, reexperiencing, avoidance, hyperarousal, comorbidity.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) – *posttraumatic stress disorder* (PTSD) – est un trouble relativement fréquent. De récentes données épidémiologiques précisent pour l'Europe un taux de prévalence sur la vie entière de 1,9 % de la population générale ⁽¹⁾. Sur le plan nosographique, il est répertorié dans la dernière version révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV-TR, 2000) ⁽²⁾ au sein des troubles anxieux. Il se caractérise par trois groupes de symptômes – reviviscences, conduites d'évitement/anesthésie émotionnelle et signes d'hypertonie neurovégétative (hyperveil, hyperréactivité) – qui reflètent les difficultés à réguler le retentissement émotionnel du traumatisme psychique ainsi que les souvenirs qui lui sont attachés ⁽³⁾. En deçà du plan visible de ces symptômes, son développement coïncide également avec l'apparition de profonds bouleversements cognitifs et émotionnels qui affectent, parfois de façon sévère, la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Enfin, l'ESPT présente une comorbidité importante, c'est-à-dire qu'il est souvent associé à d'autres manifestations psychiatriques, au point que l'on sait aujourd'hui que plus de 80 % des personnes qui souffrent

de ce trouble présenteront au cours de leur vie une autre pathologie psychiatrique ⁽⁴⁾, voire psychosomatique (trouble physique). Cet article se propose d'éclairer le lecteur sur ces deux groupes de données.

L'ÉVÉNEMENT TRAUMATOGENÈ ET SES CONSÉQUENCES CLINIQUES

La plupart des personnes soignées au sein de notre consultation du psychotraumatisme rencontrent pour la première fois de leur vie un "psy". Jusqu'alors, elles parvenaient à faire face aux vicissitudes de leur existence. Certes, avec plus ou moins de facilité et de réussite, mais sans jamais avoir ressenti la nécessité d'une prise en charge psychothérapeutique. Cependant, un jour, elles se sont trouvées confrontées à un événement qui a provoqué une véritable fracture dans leur histoire et a fait basculer leur vie, engendrant chez elles souffrance et détresse. Que s'est-il passé à ce moment-là pour elles ?

Quelles sont les caractéristiques de cet événement capable d'engendrer tant de bouleversements néfastes ? Qu'est-ce qui fait que

*Psychologue, Docteur en psychologie, Cellule d'urgence médico-psychologique, SAMU régional de Lille, et Consultation du psychotraumatisme, Hôpital Fontan, CHRU de Lille, France

ces personnes qui jusqu'alors parvenaient à faire face, n'y parviennent plus et finissent par s'effondrer ? Comment cette souffrance s'exprime-t-elle alors ?

Lorsque l'on y regarde de plus près, on s'aperçoit que l'événement responsable de tous ces changements préjudiciables présente plusieurs caractéristiques bien spécifiques qui le définissent comme traumatogène et l'élèvent au rang d'événement "extraordinaire" (cf. É. Vermeiren, pp. 214-217).

L'événement traumatogène véhicule une menace de mort et expose les individus à leur propre vulnérabilité et mortalité

La première caractéristique d'un événement traumatogène – qui est d'ailleurs un critère diagnostique de l'ESPT – est qu'il véhicule une menace de mort ou d'atteinte à l'intégrité physique pour soi ou pour autrui. Que ces ressentis soient purement subjectifs ou fondés sur la réalité importe peu : leur impact a la même puissance délétère dans les deux cas. L'événement confronte les personnes à leur propre vulnérabilité et/ou mortalité. Même si elles se savent mortelles, jamais avant l'événement elles ne se levaient le matin en pensant qu'il pouvait s'agir du dernier jour de leur existence. Ce type de fonctionnement leur offrait un confort psychologique certain dans la mesure où il leur procurait une relative sérénité et leur permettait de se projeter sans trop de difficultés dans l'avenir. Or, la confrontation traumatique détruit souvent tout cela.

L'événement traumatogène est imprévisible et incontrôlable et engendre impuissance et résignation

La deuxième caractéristique d'un événement traumatogène est que sa survenue est souvent imprévisible et son déroulement incontrôlable, de sorte qu'il mène à des conséquences que les personnes se sentent incapables de contrer, et surtout à des conséquences dont elles ne veulent pas. D'où, chez l'immense majorité d'entre elles, un profond sentiment d'impuissance au moment de l'impact traumatique, voire un état de résignation dont elles auront par la suite des difficultés à se départir. Et plus la survenue de l'événement est imprévisible et son déroulement incontrôlable, plus l'état de désarroi qu'il engendre est profond, affaiblit les capacités d'adaptation post-traumatique et nuit à la résolution du traumatisme ⁽⁵⁻⁷⁾.

L'événement traumatogène frappe à l'aveugle et bouleverse les individus dans leurs convictions les plus profondes

La troisième caractéristique d'un événement traumatogène est qu'il frappe généralement de manière aveugle et arbitraire. Il place ainsi les individus dans l'impossibilité d'établir de quelconques liens de causalité logiques et cohérents, les bouleversant dans leurs convictions les plus

VERBATIM

- ◆ La confrontation à sa propre vulnérabilité et mortalité...
 - "Je me suis vu mourir."
 - "Je me suis dit que j'allais rester paralysé ou mutilé pour le restant de mes jours."
 - "C'est terrible, j'ai attendu ma propre mort."
 - "À ce moment-là, j'étais mort. Il a fallu plusieurs secondes avant que je prenne conscience que je vivais toujours."
 - "Je l'appelais et il ne me répondait pas. Je me battais contre l'idée qu'il puisse être mort."
 - "Elle est morte dans mes bras. Jamais je n'oublierai son regard qui exprimait son inexorable enfoncement dans la mort."
- ◆ Impuissance, résignation...
 - "Je voyais le canon du pistolet braqué sur la nuque de ma femme agenouillée, et je ne pouvais rien faire. C'était difficile car je n'avais qu'une envie : casser la gueule au braqueur."
 - "Il me tenait fermement agrippée et je sentais la lame de son couteau sur ma gorge. J'avais mal et je ne pouvais que subir."
 - "Je vivais un véritable cauchemar. Je voulais que cela s'arrête, et pour cela j'étais prête à mourir."
 - "Après la chute de l'arbre, je ne sentais plus ni mes jambes ni mes bras. À ce moment-là, j'ai voulu mourir. À quoi bon lutter ?"
- ◆ Incompréhension, sentiment d'arbitraire
 - "Je n'ai jamais rien fait de mal dans ma vie. Au contraire, je suis très investie dans cette association caritative où je ne compte ni mon temps ni mes efforts pour aider les plus démunis. Et qu'ai-je en retour ? Ce terrible viol ! Qu'ai-je donc fait pour mériter un tel châtement ?"
 - "Je ne parviens pas à me faire accepter ce qui m'est arrivé. Pourquoi ? Pourquoi a-t-il fallu que cela tombe sur moi ? Pourquoi dois-je payer le prix fort alors que je n'y suis pour rien ?"
 - "Depuis cet événement, j'ai l'impression d'avoir perdu tous mes repères. Comment puis-je y faire face sans me perdre moi-même ?"
- ◆ Comportements inhabituels, altérations de la perception de l'environnement...
 - "Étonnamment, alors que je voyais ma collègue pleurer et trembler, je ne ressentais rien. Comme si j'étais spectateur d'un film qui racontait une histoire qui ne me concernait pas."
 - "J'étais figé. Les flammes se rapprochaient de moi. Il me suffisait de faire quelques mètres pour me mettre à l'abri du danger, et pourtant je ne bougeais pas."
 - "Je me suis sentie sortir de mon corps et m'élever dans les airs. Pour moi, à ce moment-là, c'était mon âme et cela prouvait que j'étais morte. Quand j'étais en hauteur, je me voyais à genoux, lui face à moi. Je voyais qu'il mettait son sexe dans ma bouche et qu'il faisait des va-et-vient avec ma tête qu'il tenait à deux mains. J'étais comme un pantin, je ne bougeais pas. En même temps, je ne ressentais rien. J'avais l'impression d'être totalement indifférente, comme si ce n'était pas moi."

intimes et les laissant souvent très ébranlés et dans l'incompréhension. Par la même occasion, il rend obsolètes toutes les stratégies d'ajustement qu'ils avaient l'habitude d'utiliser pour faire face aux aléas de leur vie, les acculant à inventer une nouvelle façon d'aborder les choses pour tenter de donner un sens à ce qui leur arrive. Or, l'établissement de ces remaniements ne survient jamais sans douleur ni efforts conséquents. D'abord, parce qu'il oblige à revenir sans cesse sur le drame vécu. Ensuite, parce qu'il peut être contemporain de pertes et de deuils (d'objectifs de vie personnels ou professionnels ou d'une certaine façon d'être, par exemple).

L'événement traumatogène est extrêmement stressant et déclenche chez les individus des phénomènes perturbateurs

Enfin, la quatrième et dernière caractéristique d'un événement traumatogène est qu'il est pourvoyeur de réactions de stress parfois très intenses, qui elles-mêmes peuvent avoir deux conséquences majeures. D'abord, elles peuvent engendrer des comportements inhabituels tels que la sidération qui laisse la personne totalement figée dans un état associant stupéfaction cognitive (incompréhension de ce qui se passe) et stupeur affective (vide émotionnel), ou une réaction de panique qui se traduit, par exemple, par un comportement de fuite affolée, effrénée et irréfléchie au mépris de tout danger. Ensuite, elles peuvent provoquer une altération de la perception de l'environnement, phénomène connu sous le terme de dissociation péritraumatique (cf. F. Ducrocq, pp. 237-240). Cette forme de dissociation se définit comme une altération des fonctions d'identité ou de perception de l'environnement et se traduit par une impression de détachement ou d'anesthésie émotionnelle, la réduction de la conscience de l'environnement et/ou l'altération de la perception de la réalité, de son corps ou du temps^(9, 10). Or, par la suite, ces comportements ou manifestations sont ré-analysés et sont souvent alors perçus comme le signe d'une atteinte réelle à l'équilibre mental.

LE TROUBLE CHRONIQUE ET SON EXPRESSION CLINIQUE

Du point de vue clinique, l'installation de l'ESPT coïncide avec l'apparition de profonds bouleversements aux plans tant émotionnel que cognitif.

Les bouleversements cognitifs

Au niveau cognitif – enchaînements d'opérations mentales en relation avec la saisie des informations, leur stockage et leur traitement dans une situation donnée ; processus qui s'appliquent particulièrement à ce qui relève de la perception, de la mémoire, de la pensée, du langage, de la résolution de problème, de la prise de décision... –, les

◆ Bouleversements de la perception de soi et du monde...

“Du plus loin que je me souviens, j'ai toujours été une battante. J'ai créé ma propre boîte, je me battais pour décrocher des marchés. Rien ne me faisait peur, j'allais toujours de l'avant, fidèle au quand on veut, on peut. Or, depuis mon agression, rien ne va plus. J'ai perdu toute confiance en moi et en l'autre et je ne supporte plus la moindre forme de violence. Du coup, je suis devenue incapable d'affronter la moindre tension ou dispute, je baisse les bras dans les négociations, je fuis mes employés dès que je soupçonne un mécontentement. Cela ne me ressemble pas. J'ai l'impression que désormais il y a deux Martine en moi : l'ancienne qui était audacieuse, fonceuse et ferme et la nouvelle qui est faible et nulle, et que je n'aime pas.”

bouleversements affectent la perception que les personnes ont d'elles-mêmes et du monde. Ils se traduisent par une remise en question, parfois profonde, du sens de la vie et de la logique de fonctionnement du monde et aboutissent à la destruction d'un sentiment de cohérence et de sécurité interne. Dans ces conditions, le monde devient un espace incohérent, imprévisible et incontrôlable dans lequel on devient soi-même vulnérable, de façon arbitraire et aléatoire, à tout événement de vie négatif ou à tout acte de malveillance⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Ce phénomène a été décrit par Janoff-Bulman et ses collaborateurs sous les termes de *transformation of meaning*^(16, 17). Il est contemporain de l'ébranlement de la confiance que les personnes pouvaient avoir en elles et de la naissance d'un sentiment nouveau d'incompétence personnelle⁽⁵⁾. Enfin, à ce tableau clinique s'ajoute l'impression de changements négatifs irrémédiables tant au niveau de la personnalité qu'à celui des buts de vie et aspirations profondes⁽¹⁸⁾. Très souvent, non sans douleur, les personnes souffrant d'un ESPT posent le terrible constat non seulement qu'elles ne se reconnaissent plus, mais également qu'elles se trouvent dans une impasse, ne sachant pas comment revenir à leur état initial et craignant de devoir subir ces transformations de façon permanente.

Les bouleversements émotionnels

Au niveau émotionnel, les individus souffrant d'un ESPT présentent un large éventail d'émotions négatives allant des sentiments de colère et de révolte face aux autres ou au monde^(19, 20) aux sentiments d'impuissance, de culpabilité, de honte, de dégoût et de tristesse⁽²¹⁻²⁵⁾. Mais ce qui les définit peut-être le mieux sont les manifestations anxieuses et le sentiment de peur. Cette peur est présente de manière intense au moment de l'exposition traumatique^(26, 27) et se retrouve, souvent au premier plan, dans le tableau clinique. Dans ce dernier cas, elle est souvent contemporaine d'un sentiment d'insécurité, d'une impression de vulnérabilité accrue liée à la conviction nouvelle que le monde est imprévisible et incontrôlable⁽²⁸⁾. Sur le plan comportemental,

elle naît de la confrontation à des éléments évocateurs de la situation traumatogène qui deviennent en la circonstance anxiogènes sinon effrayants. Dans ce contexte, le risque de généralisation de l'anxiété à de multiples situations est majeur. Ainsi en est-il de cet homme victime d'un carambolage sur l'autoroute par temps de brouillard, qui progressivement a peur de prendre le volant sur l'autoroute, quelles que soient les conditions climatiques, puis sur le réseau secondaire et finit par être submergé d'angoisse à la vue de son véhicule, ou encore de cette femme victime d'un braquage alors qu'elle se trouve dans une agence bancaire, qui craint de retourner dans cette agence, puis de s'approcher d'un distributeur automatique de billets, puis d'aller au supermarché qu'elle fréquente d'ordinaire, et enfin de se rendre dans un lieu public.

LES TROUBLES PSYCHIQUES ASSOCIÉS

D'autres troubles psychiques se retrouvent souvent associés (comorbidité) à l'ESPT. Selon les résultats d'une étude conduite en Europe sur 21 425 habitants de six pays différents (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Italie, Espagne et France) ⁽²⁹⁾, celui qui arrive en tête est la dépression majeure (caractérisée). Suivent la dysthymie (trouble chronique et variable de l'humeur, essentiellement à tonalité dépressive), le trouble panique, l'anxiété généralisée et l'agoraphobie (peur irrationnelle se manifestant dans des endroits publics et/ou des espaces découverts). Ces données valent aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Différentes études américaines confirment ces résultats dont, en particulier, l'importance de la dépression majeure comme trouble comorbide. Certaines d'entre elles ⁽⁴⁾ soulignent également que plus de 50 % des hommes et 25 % des femmes souffrant d'un ESPT présentent des taux im-

◆ Peur, angoisse...

“Depuis le cambriolage [au cours duquel le sujet a été pris en otage et violenté], je me mets à avoir peur de tout. Chez moi, je me sens tellement en insécurité que j'ai fait installer des tas de dispositifs de surveillance et de protection. Cela n'a rien changé, j'ai toujours aussi peur, et le soir, c'est terrible : l'angoisse ne me quitte pas. Dehors, ce n'est guère mieux. Je vois le mal partout, même au supermarché que je fréquente depuis 20 ans. Au quotidien, je suis incapable d'aller promener le chien ou d'aller chercher le pain à la boulangerie du coin tant l'angoisse m'étouffe. J'ai peur dès que ma femme doit se rendre seule dans un endroit, je dois me faire violence pour ne pas l'appeler 20 fois sur son portable pour savoir si tout se passe bien. Je suis également inquiet pour ma fille qui fait ses études à Lille et qui vit seule dans un studio.”

portants d'abus d'alcool et/ou de drogue, de médicaments psychotropes, ainsi que de dépendance à ces produits après la survenue de l'événement traumatogène. Enfin, parmi les études les plus récentes ^(30,31), un bon nombre souligne l'importance du lien qui unit le risque suicidaire à l'ESPT, mais aussi aux autres troubles qui lui sont associés, notamment dépressifs, anxieux et addictifs. Cependant, les résultats de l'étude d'Oquendo et de ses collaborateurs ⁽³²⁾ montrent que le risque suicidaire reste élevé chez les personnes atteintes d'ESPT, et ce, même en l'absence de dépression majeure ou d'autres troubles anxieux.

LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Ils ne font pas partie du tableau clinique de l'ESPT décrit dans le DSM-IV-TR, mais nombre d'observations font assez souvent état de la survenue plus ou moins rapide au décours d'un événement traumatogène de diverses maladies d'expression somatique : eczéma, ulcère gastrique, hypertension artérielle, diabète, trouble hormonal thyroïdien, douleurs diffuses..., ce qui soulève des problèmes de relation de cause à effet au plan médico-légal (imputabilité).

CONCLUSION

Parmi les conséquences psychopathologiques dont peut souffrir une personne confrontée à un événement au cours duquel sa vie ou son intégrité physique ou encore celles d'autrui sont menacées, l'ESPT représente une modalité évolutive souvent sévère, tant en termes de souffrance psychique qu'en raison des troubles qui peuvent lui être associés. Si le tableau clinique dressé est assez sombre, une note d'espoir vient du rôle primordial du soutien social qui, lorsqu'il est de bonne qualité, se révèle être un excellent levier pour dépasser le traumatisme et reprendre sa vie. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - ALONSO J, ANGERMEYER MC, BERNERT S ET AL. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 ; 109 (Suppl. 420) : 38-46.
- 2 - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR (4th edition). Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.
- 3 - YEHUDA R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004 ; 65 (Suppl. 1) : 29-36.

- 4 - KESSLER RC, SONNEGA A, BROMET E ET AL. Posttraumatic stress disorder in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995 ; 52 : 1048-1060.
- 5 - FOA EB, STEKETEE G, OLASOV-ROTHBAUM B. Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1989 ; 20 : 155-176.
- 6 - FOA EB, JAYCOX LH. Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In : Spiegel D, Ed. Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1998 : 23-62.
- 7 - HEMBREE EA, FOA EB. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000 ; 61 : 33-39.
- 8 - CROCQ L, DOUTHEAU C, LOUVILLE P. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séculaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 1998 ; 37-113-D-10 : 8 p.
- 9 - BRYANT RA. Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders* 2007 ; 21 : 183-191.
- 10 - VAN DER KOLK BA, VAN DER HART O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 1989 ; 146 : 1530-1540.
- 11 - CALHOUN LG, CANN A, TEDESCHI RG ET AL. Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. *Journal of Social Psychology* 1998 ; 138 : 789-791.
- 12 - MAGWAZA AS. Assumptive world of traumatized South African adults. *Journal of Social Psychology* 1999 ; 139 : 622-630.
- 13 - PRAGER ES, SOLOMON Z. Perceptions of world benevolence, meaningfulness, and self-worth among elderly Israeli Holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress and Coping* 1995 ; 8 : 265-277.
- 14 - SOLOMON Z, IANCU I, TYANO S. World assumptions after disaster. *Journal of Applied Social Psychology* 1997 ; 27 : 1785-1798.
- 15 - ULLMAN SE. Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse* 1997 ; 6 : 1-19.
- 16 - JANOFF-BULMAN R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. New York : Free Press, 1992.
- 17 - JANOFF-BULMAN R, FRANTZ CM. The impact of trauma on meaning: from meaningless world to meaningful life. In : Power MJ, Brewin CR, Eds. The transformation of meaning in psychological therapies: integrating theory and practice. Chichester : Wiley, 1997 : 91-106.
- 18 - Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000 ; 38 : 319-345.
- 19 - FOA EB, RIGGS DS, MASSIE ED ET AL. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 1995 ; 26 : 487-499.
- 20 - PITMAN RK, ALTMAN B, GREENWALD E ET AL. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991 ; 52 : 17-20.
- 21 - ANDREWS B, BREWIN CR, ROSE S ET AL. Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and child abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 2000 ; 109 : 69-73.
- 22 - DALGLEISH T, POWER MJ. Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy* 2004 ; 42 : 1069-1088.
- 23 - GREY N, HOLMES E, BREWIN CR. Peri-traumatic emotional 'hotspots' in traumatic memory: a case series of patients with posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001 ; 29 : 367-372.
- 24 - JAYCOX LH, FOA EB. Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1996 ; 3 : 176-184.
- 25 - REYNOLDS M, BREWIN CR. Intrusive cognitions, coping strategies and emotional responses in depression, posttraumatic stress disorder and a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy* 1998 ; 36 : 135-147.
- 26 - BREWIN CR, ANDREWS B, ROSE S. Fear, Helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress* 2000 ; 13 : 499-509.
- 27 - ROEMER L, ORSILLO SM, BORKOVEC TD ET AL. Emotional response at the time of a potentially traumatizing event and PTSD symptomatology: a preliminary retrospective analysis of the DSM-IV criterion A2. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1998 ; 29 : 123-130.
- 28 - FOA EB, ZINBARG R, ROTHBAUM BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychological Bulletin* 1992 ; 112 : 218-238.
- 29 - Équipe scientifique de l'ESEMED/MHEDEA. 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 ; 109 (Suppl. 420) : 28-37.
- 30 - SAREEN J, COX BJ, STEIN MB ET AL. Physical and mental comorbidity disability and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic Medicine* 2007 ; 69 : 242-248.
- 31 - TARRIER N, GREGG L. Suicide risk in civilian PTSD patients. Predictors of suicidal ideation, planning and attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004 ; 39 : 655-661.
- 32 - OQUENDO M, BRENT DA, BIRMAHER B ET AL. Posttraumatic stress disorder comorbide with major depression: factors mediating the association with suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry* 2005 ; 162 : 560-566.