

COURS DE MASTER 2 DE PSYCHOLOGIE

**CLINIQUE DES TRAUMATISMES
COURS**

DNB3ED14

S3 – UE1 : Problématiques contemporaines en psychologie clinique

Enseignant : Nicolas DELRUE
Année 2020-2021

Première partie

Psychopathologie clinique des syndromes psychotraumatiques

Objectif : savoir diagnostiquer les troubles psychotraumatiques en connaissant leurs critères diagnostiques, leur épidémiologie, leur étiologie, la psychobiologie, les facteurs de risque et les complications.

Les syndromes psychotraumatiques désignent l'ensemble des états séquellaires consécutifs à un traumatisme psychique. Ils se rencontrent classiquement lors de catastrophes collectives (guerres, attentats, catastrophes naturelles, épidémies...) ou individuelles (accident, agression physique ou sexuelle, décès accidentel d'un proche...). Ces syndromes ont connus différentes appellations selon les époques et les classifications. Ainsi, le Trouble stress post-traumatique (TSPT) est connu depuis l'Antiquité et a été l'objet de nombreuses descriptions littéraires et scientifiques (névrose d'effroi, névroses traumatiques, névroses de guerres, névroses post-traumatiques...). La névrose traumatique a fait l'objet de nombreux travaux chez les psychanalystes qui ont proposé des modèles de compréhension clinique et psychodynamique des traumatismes psychiques.

Pierre Janet (1889) est le premier auteur de l'ère moderne à théoriser la clinique des traumatismes en montrant les effets des souvenirs traumatiques sur les comportements, en se basant sur un modèle de l'inconscient. Mais les syndromes psychotraumatiques prennent une dimension plus scientifique dans les années 1980 quand les « états de stress post-traumatiques » sont introduits dans le DSM sous l'impulsion des vétérans américains de la guerre du Vietnam qui souhaitent que leur souffrance soit reconnue et que des prises en charge spécifiques soient développées. Le DSM-IV (1994) puis le DSM-5 (2016) ont établi des critères diagnostiques internationalement reconnus et ont eu pour originalité d'être la seule catégorie nosographique où l'étiologie soit spécifiée (il y est clairement énoncé qu'il existe un lien entre un événement et un trouble psychiatrique).

1. Trouble stress aigu et Trouble stress post-traumatique

Le Trouble stress aigu ou Etat de stress aigu (ESA) est une réaction dite « immédiate », intense, dysfonctionnelle et provoquant une souffrance cliniquement significative survenant peu après un événement traumatique. L'ESA dure moins de un mois. Si les symptômes persistent ou se révèlent plus tard dans la vie, le diagnostic sera celui de Trouble stress post-traumatique (TSPT) récent, différé ou encore complexe.

1.1. Le Trouble stress aigu ou Etat de stress aigu

L'état de stress aigu (ESA) se manifeste par un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des événement(s) traumatique(s). Le tableau clinique est dominé par une réponse d'anxiété qui inclut certaines formes de reviviscence, de réactivité ou encore d'évitement. Le diagnostic d'ESA implique que les réactions se mettent en place rapidement après la confrontation à l'événement traumatique (elles ont lieu dans le décours de l'événement, entre deux et trois jours après) et durent de trois jours à un mois.

Les critères indispensables (DSM-5) pour diagnostiquer un ESA sont :

A. La personne doit avoir été exposée à un événement traumatique clairement identifié (à la mort, à des blessures graves, à une catastrophe naturelle, à la violence sexuelle ou physique, effectives ou potentielles...), d'une (ou plusieurs) des façons suivantes : (1) soit avoir vécu directement l'événement traumatique ; (2) soit avoir été le témoin oculaire direct de l'événement vécu par d'autres personnes ; (3) soit avoir appris qu'un événement traumatique violent ou accidentel est arrivé à une personne proche (membre de la famille proche ou ami proche) ; (4) soit être exposé de façon répétée et extrême à des événements traumatiques, à des détails pénibles (à des conditions aversives comme cela est par exemple le cas des premiers intervenants ou des policiers). Ce critère (4) ne s'applique pas à l'exposition répétée par le biais des médias (électroniques, télévision, films, radio, journaux...) à moins que cette exposition soit liée au travail.

B. Une fois l'événement traumatique repéré, il est nécessaire que la personne présente au moins 9 (ou plus) des symptômes suivants, de **n'importe laquelle** des cinq catégories d'intrusion (ou symptômes envahissants), d'humeur négative, de dissociation, d'évitement et de niveau d'activation élevé (ou symptôme d'éveil), et que ces symptômes aient bien débuté (ou se soient nettement aggravés) après la survenue d'un événement traumatique.

Symptômes d'intrusion (ou envahissants) : La personne peut présenter (1) des souvenirs pénibles récurrents, involontaires et envahissants de l'événement traumatique. Chez les enfants de plus de six ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés ; (2) et/ou des rêves répétitifs pénibles provoquant un sentiment de détresse (ex. terreur nocturne, cauchemars) dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable (ex. monstres) ; (3) et/ou des réactions dissociatives (ex. flash-backs) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait ou allait se reproduire. De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel. Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu (parfois violent) ; (4) et/ou une détresse psychologique intense ou prolongée ou des réactions physiologiques marquées en réponse à des indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique. Cette détresse réactive se retrouve chez les enfants.

Humeur négative : La personne (adulte ou enfant) peut présenter une incapacité persistante pour ressentir des émotions positives (ex. incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux, à prendre du plaisir dans les jeux...).

Symptômes dissociatifs : Le patient (adulte ou enfant) peut présenter (1) une altération marquée de la perception de la réalité, c'est-à-dire du sens la réalité de son environnement ou de soi-même (ex. se voir à partir de la perspective de quelqu'un d'autre, être dans un état second/d'hébétéitude, percevoir une sensation de ralentissement du temps) ; (2) et/ou une incapacité pour se rappeler un aspect important de l'événement traumatique en raison d'une amnésie dissociative (et non pas à cause d'autres facteurs tels que un traumatisme crânien, l'alcool ou les drogues).

Symptômes d'évitement : La personne (adulte ou enfant) peut présenter (1) des efforts constants pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de l'événement ou même parfois associés à l'événement traumatique car ces pensées, si elles surviennent, entraînent immédiatement une détresse intense, cliniquement observable ; (2) et/ou des efforts constants pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de (ou associés à) l'événement traumatique.

Symptômes d'éveil (ou d'activation) : La personne (adulte ou enfant) peut présenter (1) une perturbation du sommeil (ex. des difficulté d'endormissement ou un sommeil interrompu ou un sommeil agité) ; (2) et/ou un comportement irritable avec des crises de colère brutales (dans ce cas-là avec peu ou pas de provocation). Généralement, ces crises se manifestent par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ; (3) et/ou une hypervigilance (la personne est constamment sur le qui-vive) ; (4) et/ou des problèmes de concentration se manifestant par des difficultés pour réaliser les tâches habituelles (ex. travail, scolarité perturbée, oublis dans les actes de la vie quotidienne...) ; (5) et/ou des réactions de sursaut exagérées.

C. Une fois le nombre de symptôme requis enregistrés, il est impératif de s'assurer que la durée de la perturbation (des symptômes du critère B) soit bien comprise entre trois jours à un mois maximum après l'exposition au traumatisme (les symptômes commencent généralement immédiatement après le traumatisme).

D. Enfin, il est nécessaire que la perturbation entraîne bien une souffrance cliniquement significative ou une altération nette du fonctionnement (par rapport à la situation pré-traumatique) dans les domaines sociaux, professionnels, scolaires ou autres domaines importants.

E. Afin de s'assurer que le trouble soit bien lié à un événement traumatique, il faut s'assurer que la perturbation ne soit pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (ex. médicaments, alcool,

drogue) ou à une autre condition médicale (ex. une légère lésion cérébrale) ou un autre trouble psychologique (surtout bien réaliser un différentiel avec le trouble psychotique bref).

1.2. Le Trouble stress post-traumatique (TSPT) chez l'adulte

Il ne faut pas confondre l'ESA et le TSPT. Plusieurs symptômes propres permettent de les distinguer ainsi qu'une temporalité différente. Si l'ESA fait partie des réactions dites « immédiates », le TSPT s'inscrit dans la durée. En outre, le TSPT comporte des distorsions cognitives et, pour chaque patient, **à la fois** des symptômes d'intrusion, d'évitement, d'altération de l'humeur, des cognitions, et d'éveil. Enfin, les critères du TSPT diffèrent selon que le sujet soit un enfant (de moins de 6 ans), un adulte jeune ou une personne âgée.

Les critères indispensables (DSM-5) pour diagnostiquer un TSPT sont :

A. La personne doit avoir été exposée à un événement traumatique grave clairement identifié, selon les mêmes quatre conditions que celles décrites dans l'ESA (soit directement et personnellement, soit comme témoin direct, soit car l'événement a touché un proche, soit de façon répétée).

Une fois l'événement traumatique repéré, il est nécessaire que la personne présente **à la fois** des symptômes envahissants, d'évitement, d'altération négative des émotions et des cognitions, et des symptômes d'éveil. Ces symptômes doivent avoir débuté après la survenue d'un événement traumatique et doivent durer depuis au moins plus d'un mois.

B. La personne doit donc présenter au moins un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants: (1) des souvenirs pénibles récurrents, involontaires et envahissants de l'événement traumatique provoquant une forte détresse ; (2) et/ou des rêves répétitifs pénibles provoquant un sentiment de détresse ; (3) et/ou des réactions dissociatives (ex. flash-backs) semblables à celles notées dans l'ESA; (4) et/ou une détresse psychologique intense lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'événement traumatique ; (5) et/ou (à la différence de l'ESA) des réactions physiologiques marquées lors de la confrontation à des indices internes ou externes rappelant l'événement traumatique ou certains de ses aspects (l'évoquant). Ces réactions physiologiques sont celles retrouvées dans les troubles anxieux (hyperventilation, accélération du rythme cardiaque, paresthésie, tremblements, céphalées, nausées, hypersudation...).

C. La personne doit également présenter au moins un (ou plusieurs) des symptômes d'évitement suivants, comme dans l'ESA : (1) évitement ou efforts pour éviter les pensées, souvenirs, sentiments à propos de l'événement traumatique ou associés à l'événement ; (2) et/ou évitement ou efforts pour

éviter les rappels externes qui réveillent des souvenirs, pensées, sentiments associés à l'événement traumatique.

D. La personne doit aussi présenter des altérations négatives non seulement de l'humeur mais également des cognitions. Au moins deux des symptômes suivants doivent être clairement observés : (1) comme dans l'ESA, une incapacité pour se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (amnésie dissociative) ; (2) et/ou des croyances ou des attentes négatives soit persistantes soit exagérées concernant sa propre personne ou d'autres personnes ou même le monde en général (ex. « je suis mauvais, c'est pour cela que ça m'est arrivé », « on ne peut faire confiance à personne, les gens sont mauvais », « le monde actuel est dangereux, partout »...) ; (3) et/ou des distorsions cognitives persistantes concernant soit la cause soit les conséquences de l'événement traumatique. Dans ce cas, la personne va souvent s'accuser exagérément ou accuser exclusivement et exagérément d'autres personnes ; (4) et/ou un état émotionnel exagérément négatif et persistant qui se manifeste par des sentiments continus de peur, d'horreur, de colère, de culpabilité ou de honte (en lien avec les atteintes cognitives) ; (5) et/ou une réduction nette de l'intérêt pour les activités habituelles, antérieures, importantes et un retrait de ces activités ; (6) et/ou un sentiment de se détacher des autres ou de devenir étranger aux autres (ce détachement peut être progressif ou brutal, en lien avec les remaniements cognitifs) ; et/ou (7) une incapacité persistante pour éprouver des émotions positives.

E. Comme dans l'ESA, la personne doit montrer des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. Cependant, au moins deux des symptômes suivants doivent être présents : (1) un comportement irritable qui se manifeste par des accès de colère verbaux ou physiques fréquents (sans provocation) ; (2) et/ou un comportement irréfléchi et souvent autodestructeur ; (3) et/ou une hypervigilance ; (4) et/ou des réactions de sursaut exagérées ; (5) et/ou des problèmes de concentration ; (6) et/ou des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou un sommeil interrompu ou un sommeil agité).

F. Une fois le nombre de symptôme requis enregistrés, il est impératif de s'assurer que la durée de la perturbation soit bien supérieure à un mois.

G. Enfin, comme dans l'ESA, il est nécessaire que la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération nette du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, scolaires ou autres domaines importants.

H. Afin de s'assurer que le trouble soit bien lié à un événement traumatique, il est nécessaire de vérifier que la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale.

Deux cas de TSPT peuvent se présenter : soit avec des symptômes dissociatifs, soit sans dissociation péritraumatique. Pour diagnostiquer un TSPT avec symptômes dissociatif, la personne

doit présenter (en plus des critères requis) l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants : (1) soit une dépersonnalisation, c'est-à-dire un sentiment d'être détaché de soi, comme si la personne était spectatrice de son corps et de ses processus mentaux (ex. sensation d'être comme dans un rêve) ; (2) soit une déréalisation, c'est-à-dire un sentiment d'irréalité de l'environnement (le monde est vécu comme irréel, onirique, éloigné, déformé...). La déréalisation ne doit pas être imputable à la prise d'une substance (ex. drogue, alcool..) ou à une affection médicale (ex. épilepsie).

1.3. Le Trouble stress post-traumatique (TSPT) chez l'enfant

Chez l'enfant âgé de six ans ou moins, les recherches ont indiqué que, si les critères du TSPT de l'adulte sont largement valables, des nuances importantes existent. Le TSPT étant, en effet, plus délicat à repérer chez un jeune enfant, certains symptômes ont dû être adaptés.

A. L'enfant doit avoir été exposé à la mort effective, à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles d'une des façons suivantes : (1) soit avoir été directement exposé ; (2) soit avoir été le témoin oculaire direct de l'événement chez un de ses proches, en particulier chez un de ses parents prenant soin de lui ; (3) soit avoir appris qu'un événement violent est arrivé à un parent ou à une personne proche prenant soin de lui.

Une fois l'événement traumatique repéré, l'enfant doit présenter : des symptômes envahissants, soit des évitements soit des altérations des cognitions ou de l'humeur, et des changements marqués de l'éveil.

B. L'enfant doit donc montrer au moins un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants : (1) des souvenirs spontanés et envahissants ne laissant pas forcément apparaître de détresse et qui s'observent le plus souvent par le biais de reconstitutions lors de jeux ou dans les dessins ; (2) et/ou des rêves répétitifs dont le contenu est effrayant et qui font penser à des cauchemars infantiles (ex. montres, catastrophes...) ou à des terreurs nocturnes (l'enfant se réveille en pleurs et refuse de dormir seul, sans ses parents) ; (3) et/ou des réactions dissociatives (ex. flash-backs) qui s'observent la plupart du temps quand l'enfant joue (reconstitution, arrêt brutal du jeu...) ; (4) et/ou une détresse psychologique intense lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'événement traumatique s'observant chez l'enfant par des manifestations comportementales (pleurs, cris, agrippements à l'adulte, mutisme...) ; (5) et/ou des réactions physiologiques marquées lors de la confrontation à des indices rappelant l'événement traumatique, typiques de l'enfant (mictions soudaines ou fréquentes, perte d'appétit, maux de ventre, douleurs intenses d'estomac et nausées, pleurs, tension musculaire et accès de colère...).

C. L'enfant doit également présenter au moins un (ou plusieurs) symptômes représentant soit un évitement soit des altérations des cognitions ou de l'humeur. Deux types d'évitements sont caractéristiques chez l'enfant : (1) un évitement ou des efforts pour éviter les activités et les lieux angoissants et jugés dangereux (qui rappellent le traumatisme). L'enfant peut refuser de sortir de chez lui (de sa chambre), refuser d'aller à l'école, de pratiquer des activités même amusantes... ; (2) et/ou un évitement ou des efforts pour éviter les personnes, les conversations, les situations interpersonnelles jugées dangereuses et réveillant le souvenir de l'événement traumatique. L'enfant peut refuser de voir d'autres enfants, de se faire des amis (veut rester seul et joue seul), s'enfuir ou se cacher, pratiquer un mutisme électif ou sélectif... Quatre type d'altération de l'humeur et des cognition sont typiques de l'enfant : (1) une augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs. Par rapport aux autres enfants de son âge, il se montre beaucoup plus craintif, triste et peut avoir excessivement honte de lui ou se sentir coupable à chaque fois qu'un événement négatif mineur extérieur se produit ; (2) et/ou une perte d'envie et d'intérêt nette pour les activités qu'il appréciait (pour les jeux, pour les histoires, pour les dessins animés). L'enfant ne les pratique plus ou beaucoup moins ; (3) et/ou un comportement traduisant un retrait social ; (4) et/ou une réduction persistante de l'expression des émotions positives. L'enfant n'est plus joyeux, souriant, rieur, spontané.

D. L'enfant doit, enfin, montrer des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité, incluant au moins deux des symptômes caractéristiques suivants : (1) un comportement irritable qui se manifeste par des accès de colère verbaux ou physiques fréquents. L'enfant devient colérique, agressif, frappe ses parents, peut crier sans raison, refuse de faire ce que l'adulte lui demande... ; (2) et/ou une hypervigilance ; (3) et/ou des réactions de sursaut exagérées ; (4) et/ou des problèmes de concentration. Il est souvent observé une baisse significative (brutale) des résultats scolaires et de grandes difficultés pour apprendre/retenir ses leçons. Des fautes d'étourderie et l'impression que l'enfant rêve plutôt que de se concentrer sur son travail/ses devoirs sont fréquentes ; (6) et/ou des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement ou un sommeil interrompu ou un sommeil agité. Souvent l'enfant refuse de dormir dans sa chambre).

E. Une fois le nombre de symptôme requis enregistrés, il est impératif de s'assurer que la durée de la perturbation soit bien supérieure à un mois.

F. Enfin, il est nécessaire que la perturbation entraîne soit une souffrance cliniquement significative soit (ce qui est plus souvent le cas) une altération nette des relations entre l'enfant et ses parents, dans la fratrie, avec les pairs ou une altération du comportement scolaire.

G. Afin de s'assurer que le trouble soit bien lié à un événement traumatique, il faut vérifier que la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale.

Deux cas de TSPT chez l'enfant de six ans ou moins, peuvent également se présenter : soit avec des symptômes dissociatifs, soit sans dissociation. Les critères sont alors les mêmes que chez l'adulte.

1.4. Le Trouble stress post-traumatique (TSPT) chez le sujet âgé

Chez le sujet âgé, les critères diagnostiques sont les mêmes que ceux applicables à l'adulte plus jeune : syndrome de répétition traumatique avec symptômes envahissants, conduites d'évitement de stimuli associés au traumatisme, symptômes traduisant l'activation neurovégétative (éveil et réactivité)... Quelques particularités semblent toutefois caractériser les patients âgés, comme : (1) une altération plus marquée de la concentration/mémoire que chez l'adulte jeune, avec une aggravation significative des troubles en mémoire épisodique et autobiographique épisodique mais aussi un risque accru de développer un troubles neurocognitif comme une maladie d'Alzheimer ; (2) surtout les troubles du sommeil sont les symptômes du TSPT les plus fréquemment relevés chez le sujet âgé ; (3) les réactions excessives de sursaut, la persistance de souvenirs douloureux, la culpabilité d'être survivant et les flashbacks sont également très fréquents chez la personne âgée et représentent des critères de diagnostic sûrs et immédiatement évocateurs d'un TSPT; (4) enfin, le sujet âgé ayant subi un traumatisme psychique présente des évitements des stimuli associés à l'événement traumatique qui ont tendance à s'aggraver (sur deux à trois ans) si le traumatisme n'est pas traité.

En dehors des critères diagnostiques du DSM, une autre particularité du TSPT chez la personne âgée est la présence fréquente de douleurs chroniques et de plaintes somatiques non-médicalement expliquées, en lien avec le traumatisme initial (syndrome de l'intestin irritable, sensations de striction laryngée, oppression thoracique, étouffement, palpitations, tachycardie, sudation excessive, pâleur, vertiges, sécheresse buccale, tremblements, nausées, fringales, gêne abdominale, diarrhées, pollakiurie...). Ces douleurs se maintiennent malgré les traitements pharmacologiques mis en place mais peuvent céder en cas prise en charge psychologique des traumatismes.

1.5. Les différents types de TSPT

Il existe plusieurs formes de TSPT selon la période d'apparition des symptômes, le nombre de symptômes présents, le type d'exposition traumatique ou la répétition traumatique.

Un des problèmes critiques en matière de TSPT est de savoir distinguer les sujets confrontés à un événement traumatique qui vont souffrir de réaction de stress transitoire des sujets qui développeront un stress persistant avec des conséquences à long terme sur leur santé mentale. Pour répondre à ce problème, la première façon de classer les types de TSPT est de différencier les périodes

de latence entre l'événement traumatique initial et l'apparition des symptômes. Le DSM-5 propose de distinguer principalement trois type de troubles : (1) le Trouble Stress Aigu (ou ESA) dont la durée n'excède pas un mois ; (2) le TSPT dont les symptômes durent plus d'un mois ; (3) le TSPT à expression retardée pour lequel l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que six mois après l'exposition traumatique (même si quelques signes peuvent se déclencher immédiatement après l'événement traumatique) et durent plus d'un mois.

Si le diagnostic de TSPT est retenu, il faut, ensuite, savoir préciser sa nature exacte. Pour cela, différentes classifications existent attribuant des qualificatifs indispensables à la compréhension fine et au traitement du traumatisme psychique.

La première précision qui peut être apportée concerne le type de confrontation à l'événement traumatique. Deux type de TSPT peuvent alors être mis en évidence : (1) soit les TSPT liés à des traumatismes directs quand la victime est sujet (a subi), acteur (a provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin de (a vu) l'événement traumatique ; (2) soit les TSPT liés à des traumatismes indirects quand la personne n'a pas subi de traumatisme direct mais présente la symptomatologie du TSPT consécutivement aux contacts qu'elle entretient avec la personne traumatisée. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatique.

Une autre précision peut être ajoutée à partir de la typologie des traumatismes subis. Peuvent être distingués : (1) les traumatismes de type I (directs ou indirects) au début clair et à la fin nette, et qui sont induits par des agents stressants aigus imprévus (agressions violentes, accident grave subi personnellement ou comme témoin...). Ils sont à l'origine de la plupart des TSPT avec une intensité particulière des symptômes envahissants, d'évitement et d'éveil. Ces traumatismes peuvent avoir des conséquences à long terme à travers le développement d'un TSPT sur plusieurs mois ou plusieurs années ; (2) les traumatismes de type II pour lesquels l'événement traumatique extrême a duré ou s'est répété ou a été présent constamment ou a menacé de se reproduire dans le temps. Ces traumatismes sont induits par des agents stressants chroniques exceptionnellement graves (abus sexuels répétés, torture, faits de guerre...). Ils entraînent des TSPT extrêmes dans lesquels apparaissent les phénomènes de dépersonnalisation ou de déréalisation comme mécanisme de défense ; (3) les traumatismes de type III qui désignent des événements complexes, c'est-à-dire multiples, envahissants et violents présents durant une longue période (les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture infligé par un régime politique, l'exploitation sexuelle forcée...). Le type III cumule les traumatismes de type I et II ainsi que leur symptomatologie et leurs conséquences dans le temps ; (4) les traumatismes de type IV qui désignent les traumatismes *de novo* ou en cours, qui se poursuivent dans le présent (guerre, épidémie, catastrophe... en cours).

Une autre précision peut ensuite être apportée en faisant la différence entre les TSPT partiels, les TPST complets et les TSPT chroniques selon le nombre de symptômes présents, leur fréquence et leur intensité. Peuvent être distingués : (1) le TSPT complet (direct ou indirect, quel que soit le type) qui se réfère au trouble décrit par le DSM quand il inclut l'ensemble des symptômes nécessaires à sa qualification ; (2) le TSPT partiel qui comprend la présence de symptômes sévères envahissants (ou reviviscence), d'évitement, d'altération des cognitions et d'éveil, mais dont le nombre ou l'intensité demeurent insuffisants pour pouvoir poser un diagnostic de TSPT ; (3) le TSPT chronique dans lequel les symptômes sont présents tout au long de la vie de façon fluctuante, partielle ou totale selon les périodes, avec des phases de rémission ou d'exacerbation.

Enfin, chez les personnes plus âgées, qui ont été potentiellement confrontées à davantage d'événements de vie difficiles et à plus de traumatismes psychiques éventuels, une précision supplémentaire doit être apportée lors du diagnostic, en fonction des quatre formes de TSPT prédominantes : (1) le TSPT est soit *de novo*, c'est-à-dire consécutif à un traumatisme subi quand la personne est déjà âgée (ex. après 60 ans) ; (2) soit le TSPT est chronique et correspond à une persistance chez un sujet âgé d'un TSPT apparu quand il était plus jeune. Le traumatisme initial a souvent eu lieu quand la personne était très jeune. Non traité, le TSPT a évolué de façon fluctuante avec des périodes de rémission parfois totale et souvent une augmentation de la sévérité des symptômes au cours de la vieillesse ; (3) soit le TSPT est complexe, correspondant à des modifications durables de la personnalité accompagnées de troubles psychiatriques parfois majeurs quand des traumatismes répétés ont eu lieu (il rejoint le trauma de type II) ; (4) Enfin et surtout, le TSPT peut être retardé. Ce cas est le plus spécifique et le plus fréquent chez le sujet avançant en âge (et chez les personnes âgées). Il correspond à la décompensation tardive d'un traumatisme psychique ancien ou à la réactivation d'un TSPT après plusieurs décennies sans symptôme. Un événement majeur (ex. commémoration, hospitalisation ou institutionnalisation...) serait à même d'entraîner ce TSPT retardé.

1.6. Les autres troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress répétés

En dehors des ESA et des TSPT, plusieurs autres troubles liés à des traumatismes existent. Les trois principales formes rencontrées sont :

Les troubles de l'adaptation. Ils concernent aussi bien les enfants que les adultes et les personnes âgées. Ces troubles se déclenchent après l'exposition à des facteurs de stress (davantage que de véritables événements traumatiques) et se manifestent par des symptômes thymiques et comportementaux sans la présence des critères requis et nécessaires pour diagnostiquer un TSPT. Les troubles de l'adaptation supposent l'existence des éléments suivants : [A] la survenue de symptômes émotionnels et/ou comportementaux se déclenchant dans les trois mois suivant l'exposition à un (ou des) facteur(s) de stress clairement identifiés ; [B] Les symptômes observés peuvent être (1) une

détresse marquée (hors de proportion) par rapport à la gravité réelle du facteur de stress et/ou (2) une altération significative du fonctionnement social, professionnel, scolaire ou dans d'autres domaines de la vie ; [C] les symptômes observés sont clairement causés par le (ou les) facteur(s) de stress identifiables et non par un autre trouble mental ou l'aggravation d'un trouble (anxieux, dépressif) préexistant ; [D] les symptômes ne sont pas non plus ceux qui apparaissent lors d'un deuil dit « normal » ; [E] pour s'assurer que le trouble de l'adaptation est bien causé par une source de stress précise, il faut que, une fois le facteur de stress terminé (traité, résolu), les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois.

La clinique parle de troubles de l'adaptation (au pluriel) car différentes spécificités existent. Il s'agit donc, à chaque fois, de préciser quel trouble de l'adaptation est diagnostiqué. Il en existe principalement cinq types : (1) le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive dans lequel la « détresse marquée » est au premier plan, caractérisée par une baisse de l'humeur, des pleurs, un sentiment de désespoir ; (2) le trouble de l'adaptation avec anxiété dans lequel la détresse, au premier plan, est caractérisée par une nervosité, des inquiétudes, des énervements, une anxiété de séparation ; (3) le trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive ; (4) le trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites dans lequel l'altération du fonctionnement social domine, caractérisée par des conduites inhabituelles ; (5) le trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites.

Le trouble réactionnel de l'attachement. Il concerne les enfants et se manifeste par des symptômes cardinaux évocateurs. [A] L'enfant présente un mode de relations avec les adultes qui prennent soin de lui (ses parents, ses enseignants...) caractérisé par un retrait émotionnel, une inhibition, un isolement, un manque de contact dans lequel (1) l'enfant ne cherche pas de réconfort auprès des adultes quand il est en détresse et (2) refuse le réconfort que les adultes lui témoignent quand il est en détresse. [B] L'enfant présente également des perturbations sociales et émotionnelles qui se manifeste par au moins deux des éléments suivants : (1) un retrait social et émotionnel quand l'enfant est en société (avec ses pairs, à l'école, dans les activités extérieures...), (2) et/ou des émotions positives peu nombreuses (l'enfant paraît triste et renfermé), (3) et/ou des épisodes inexplicables et soudains d'irritabilité/colère ou de tristesse (souvent avec pleurs) ou de peurs (craintes) lors des interactions sociales, surtout avec les adultes (même avec ceux qui prennent habituellement soin de lui). [C] Ces symptômes évocateurs sont causés par des formes extrêmes d'insuffisance de soin que l'enfant a vécu et qui sont clairement identifiées : (1) soit l'enfant a été victime d'une carence chronique de soins émotionnels élémentaires (a connue une négligence émotionnelle et a été privé de réconfort et d'affection de la part des adultes prenant soin de lui), (2) soit l'enfant a connu un changement répété des personnes prenant soin de lui (cette instabilité l'a empêché d'établir des attachements stables), (3) soit l'enfant a subi des conditions d'éducation défavorables empêchant le développement d'attachements stables. [D] Les manques de soins sont considérés comme étant à l'origine des comportements perturbés en dehors de toute forme d'autisme qui pourrait expliquer les comportements troublés ([E]). Enfin, le développement du trouble

réactionnel de l'attachement s'observe en général avant l'âge de cinq ans ([F]) et ne peut pas se diagnostiquer avant que l'enfant ait au moins neuf mois ([G]).

La désinhibition du contact social. Elle concerne également les enfants et se diagnostique à partir de critères clairement établis, opposés au trouble réactionnel de l'attachement. [A] L'enfant présente un mode relationnel avec les adultes inconnus se traduisant par une interaction excessive (l'enfant s'approche activement des inconnus) et dans lequel l'enfant montre au moins deux des signes suivants : (1) soit une absence de réticence dans l'approche ou l'interaction avec les adultes inconnus, (2) soit des comportements verbaux ou physiques excessivement familiers avec les adultes (non adaptés avec les personnes inconnues et les adultes en général, relativement à son âge), (3) soit un comportement aventurier (s'éloigne, s'aventure au loin, dans des lieux inconnus) sans demander l'accord d'un adulte, (4) soit une absence d'hésitation ou de crainte pour partir avec un adulte peu connu ou inconnu. [B] Ces troubles du comportements sont évocateurs d'un traumatisme car ils ne se limitent pas à une impulsivité mais s'observent sur la durée, indiquant un comportement social désinhibé durable/habituel. [C] Ces comportements troublés sont, en effet, en lien avec l'existence de carences de soins clairement identifiées, de façon identique au trouble réactionnel de l'attachement (privation émotionnelle ou changement répété des personnes prenant soin de l'enfant ou carences éducatives). Les mêmes critères d'âge que ceux applicables au trouble réactionnel de l'attachement sont également de vigueur.

2. Epidémiologie du TSPT

Selon le type de TSPT pris en compte, la prévalence peut différer considérablement. De façon générale, *l'European Study of the Epidemiology of Mental Disorder* (2000, 2004) réalisée auprès de six pays européens dont la France indique des taux de TSPT en population générale de 0,9% au cours des 12 derniers mois et de 1,9% sur la vie entière. Ces taux sont beaucoup plus élevés dans d'autres pays, comme aux Etats-Unis : 3,5% sur les 12 derniers mois et 6,8% sur la vie. Si des populations spécifiques comme les soldats ou les civiles confrontés aux guerres sont prises en compte, les taux de prévalence sont encore plus élevés, pouvant atteindre 60% pour les TSPT chroniques chez les prisonniers de guerre, 32,7% pour le TSPT complet chez les anciens combattants à leur retour d'opération et 22,6% pour le TPST complexe tout au long de leur vie. Les populations civiles ayant connu la guerre peuvent également montrer des niveaux élevés de traumatismes psychiques puisque les études indiquent que 18% de ces individus souffrent en moyenne de TSPT partiel et 6,9% de TSPT complet. Les personnes confrontées à des désastres naturels (ex. tremblement de terre de l'Aquila en 2009) présentent également des taux de TSPT élevés : 56% des sujets avaient dans ce cas les caractéristiques d'un TSPT actuel dont 4,9% d'un TSPT complet et 39,3% d'un TSPT partiel. Chez la personne âgée pour qui le TSPT différé est le plus courant, des recherches menées par pays indiquant des taux de prévalence importants. En Allemagne, un des pays les plus étudiés, les

personnes âgées montrent un taux d'exposition traumatique plus élevé qu'au sein des populations jeunes en raison des guerres vécues avec une prévalence de TSPT de 3,4%, soit le double des taux enregistrés parmi les populations plus jeunes. Chez les individus âgés ayant connu la Seconde Guerre Mondiale durant leur enfance ou leur adolescence, des taux dépassant les 10 % ont été enregistrés.

Ces quelques données épidémiologiques soulignent l'importance de (1) bien savoir repérer et qualifier l'événement traumatique déclencheur (tous ne sont pas identiquement porteurs d'un syndrome traumatique) ; (2) de connaître l'ensemble des facteurs de risque et de protection expliquant que tous les individus confrontés à un même événement traumatique ne vont pas développer un syndrome traumatique et de même type/gravité.

3. Etiologie des syndromes psychotraumatiques. Facteurs de risque et de complication

Quelle que soit leur forme, l'ESA et le TSPT peuvent être provoqués par de nombreux facteurs étiologiques classés généralement selon différents critères : le type de traumatisme initial, l'âge au moment de la confrontation à l'événement traumatique, la nature objective ou subjective des événements traumatiques, et les facteurs personnels. L'ensemble de ces critères doivent être parfaitement connus (charge au psychologue de recueillir ces données auprès du patient ou de son entourage) et pris en considération dans la clinique des traumatismes car (1) ils certifient le diagnostic, (2) ils sont un facteurs explicatif indispensable et (3) leur prise en compte est nécessaire au traitement psychologique du syndrome psychotraumatique (choix du traitement et déroulement des séances).

3.1. Les types d'événements traumatiques

Un des facteurs de risque principaux pour le développement d'un ESA ou d'un TSPT est le type d'événement auquel la personne est confrontée. Il semble que plus le traumatisme initial est violent, plus le risque de développer un ESA ou un TSPT est important et plus les conséquences du traumatisme sont extrêmes. Les événements traumatiques peuvent être classés en trois catégories selon leur niveau de gravité et leur impact sur le syndrome psychotraumatique : (1) les traumatismes de guerre et politiques (les conflits armés, les guerres prolongées, l'occupation militaire et politique, les déportations et l'internement en camp, les dictatures...) seraient les facteurs déclenchants les plus graves. Ils engendrent plutôt des TSPT directs, de type II ou III, complets ou chroniques, en raison de la prolongation des situations traumatiques. Les guerres subies durant l'enfance ou la jeunesse sont le principal facteur de TSPT différé (le plus commun) chez les personnes âgées ; (2) les désastres naturels (les tremblements de terre, les inondations, la peur de la mort ou de blessures graves au moment de la catastrophe naturelle, la perte du domicile et des biens, les déplacements engendrés par le désastre, les épidémies) sont autant de facteurs de stress provoquant des ESA (si une prise en charge

psychologique a lieu lors de la catastrophe) et des TSPT directs (indirects quand un membre proche est touché) plutôt de type I (ou IV si la région d'habitation est souvent touchée) complets ou partiels ; (3) les violences (les crimes violents, les violences infantiles ou domestiques, les violences sexuelles, les attentats, les agressions, les accidents, les maladies graves ou violentes) peuvent être des facteurs étiologiques importants et brutaux, engendrant des ESA (en cas de prise en charge immédiate) ou des TSPT directs (indirects si un proche est la victime), plutôt de type I ou II (si les violences sont récurrentes comme pour les violences conjugales), souvent complets ou chroniques.

3.2. L'âge de confrontation à l'événement traumatique

Outre l'exposition traumatique, l'autre aspect étiologique important à prendre en compte (à enregistrer lors de l'entretien diagnostique) est l'âge auquel se produit le traumatisme, son impact dépendant souvent de l'âge du sujet au moment de l'événement. Cinq grandes périodes de la vie doivent être distinguées, comme étant particulièrement critiques : (1) les premiers stades du développement. Les abus subis pendant la petite enfance et l'enfance amènent une vulnérabilité plus importante en troublant le processus de développement normal. Ils se manifestent alors par un trouble réactionnel de l'attachement ou une désinhibition du contact social. Puis, après l'âge de cinq ou six ans, ces abus vécus augmentent le risque de développer un ESA ou un TSPT plus tard quand l'individu est confronté à de nouveaux stress. L'exposition à plusieurs traumatismes durant l'enfance est un facteur de risque important pour le développement d'un TSPT *de novo* ou retardé à l'âge adulte (y compris souvent dans la vieillesse sous forme de TSPT retardé) ; (2) l'adolescence. Quand le traumatisme survient à cette période de l'existence durant laquelle la personne se construit une histoire de vie cohérente, l'événement traumatisant est particulièrement effractant. Il augmente fortement le risque de développer un ESA sévère ou un TSPT sévère (complet et complexe de type II ou III) actuel ou différé ; (3) chez l'adulte jeune, la survenue d'un événement traumatique a également un fort impact sur la construction de l'identité, les individus ayant tendance à se rappeler de façon disproportionnée un grand nombre d'événements négatifs se produisant à cette période de la vie. Le risque de développer un TSPT différé augmente alors fortement ; (4) la vieillesse. En raison de la baisse des ressources cognitives et physiques, les événements traumatiques (souvent le décès de la personne aimée, conjoint ou enfant) se produisant alors que la personne est âgée ont des conséquences majeures, provoquant fréquemment un TSPT *de novo* complet (de type I ou IV), avec des symptômes plus douloureux que chez les individus ayant connu l'événement le plus traumatique à des périodes antérieures de la vie

3.3. La nature de l'événement traumatique

Les différences dans la nature objective ou subjective des événements traumatiques jouent également un rôle important dans le développement et la persistance des syndromes

psychotraumatiques. Cet aspect étiologique doit être clairement repéré et stipulé car il va fortement influencer le choix du traitement proposé. Plusieurs distinctions doivent être réalisées : (1) selon la nature directe ou indirecte de l'événement initial. (a) Quand un individu a été confronté à un événement traumatique par exposition directe, le risque de développer un ESA sévère ou un TSPT actuel ou différé avec des symptômes associés plus sévères (TSPT complet) est accru. En cas de confrontation directe avec la scène traumatique, une distinction supplémentaire peut être faite entre (a1) les événements orientés vers soi et (a2) ceux orientés vers autrui. Si l'événement est directement orienté vers soi (comme des abus), le risque de souffrir d'un TSPT est augmenté avec comme caractéristique des symptômes plus prégnants et plus durables. (b) Quand la personne a été confrontée au traumatisme de façon indirecte, le TSPT serait davantage partiel avec des symptômes atténués ou chronique. (2) Entre les événements interpersonnels (comme une agression violente) et non-interpersonnels (comme un désastre naturel). Dans le cas d'événements interpersonnels vécus directement, le risque de présenter un ESA est maximum et la probabilité de subir un TSPT complet de type I (ou IV) est aggravée. (3) En fonction du type de réponse subjective apportée par la personne confrontée à un traumatisme. Les individus qui expérimentent des niveaux intenses de peur, d'horreur ou de demande d'aide pendant ou après l'événement traumatique sont davantage susceptibles de développer un TSPT que les sujets n'ayant pas manifesté de réponse émotionnelle forte durant la scène traumatique.

3.4. Les facteurs personnels prétraumatiques, péritraumatiques et post-traumatiques

Enfin, des facteurs personnels tels que le sexe, le statut social, le statut de santé représentent des aspects étiologiques important dans le développement d'un syndrome psychotraumatique et dans son niveau de sévérité. Ces facteurs peuvent être divisé en trois catégories : prétraumatiques (c'est-à-dire présents avant le traumatisme), péritraumatiques (présents lors du trauma) et post-traumatiques (c'est-à-dire certaines conditions particulières personnelles observées après la trauma). Ces facteurs présentent un degré d'association statistiquement significative avec la sévérité du syndrome psychotraumatique. Parmi les facteurs à risque devant être pris en compte, notons : (1) dans les facteurs prétraumatiques : (a) le sexe féminin, la plupart des recherches montrant que les femmes ont davantage de risque de développer un TSPT après avoir été exposé à un événement traumatique, quel que soit sa nature, (b) un âge jeune au moment du traumatisme, (c) un faible statut socio-économique, (d) un faible niveau d'éducation, (e) un niveau d'intelligence inférieure à la norme, (f) des abus/négligences pendant l'enfance, (g) des troubles psychiatriques présents ou passés, l'histoire psychiatrique du sujet étant un facteur communément associé au risque de TSPT (les diagnostics les plus fréquents associés au TSPT sont les troubles anxieux, la dépression et l'usage de substances), (h) la présence d'événements traumatiques antérieurs, (i) des facteurs génétiques, le risque de développer un TSPT étant plus important chez les descendants du premier degré des patients ayant souffert de traumatismes psychiques ; (2) dans les facteurs péritraumatiques : (a) un événement traumatique

sévère et jugé par la personne comme tel au moment de la confrontation (ex. la personne pense que l'événement a duré plus longtemps qu'en réalité, qu'il s'est répété davantage qu'en réalité, qu'il a été infligé volontairement...), (b) la perception d'une menace pour la vie lors de la confrontation à l'événement (ex. la personne exagère ses blessures, pense qu'elle a faillit mourir...), (c) des réactions émotionnelles et physiques intenses (pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation ou la déréalisation) ; (3) dans les facteurs post-traumatiques : (a) un soutien social déficient (incluant une absence de soutien/prise en charge psychologique), (b) des événements stressants ultérieurs.

Chez le sujet âgé, les principaux facteurs personnels de risque et de complication sont, par définition, prétraumatiques: (1) les changements biologiques seraient un des facteurs principaux expliquant la sensibilité accrue à l'anxiété avec comme conséquence le risque majoré de développer un ESA ou un TSPT ; (2) la perte des réseaux sociaux (décès du conjoint, des amis, des proches du même âge) provoque une diminution du soutien social pouvant avoir des conséquences dramatiques quand le sujet âgé est exposé à des traumatismes nouveaux ou à des « stressseurs » rappelant un traumatisme ancien, augmentant le risque de développer des symptômes sévères d'un ESA ou d'un TSPT ; (3) un moins bon statut de santé (réduction de la mobilité, troubles du sommeil, douleurs...) peut également exacerber les symptômes du TSPT ; (4) les troubles psychiatriques, la dépression, la dysthymie, l'anxiété, les troubles cognitifs (surtout si ces affections sont durables et sévères) représentant un terrain favorable au développement des ESA et des TSPT.

4. Modèles explicatifs des syndromes psychotraumatiques

Plusieurs modèles ont été proposés pour expliquer l'apparition et le développement des syndromes psychotraumatiques, se complétant les uns les autres plutôt que de s'opposer. Connaître ces apports théoriques est essentiel car le traitement des psychotraumatismes nécessite de fournir au patient une vision ainsi qu'une explication adaptée afin qu'il comprenne son trouble et s'investisse dans le traitement.

4.1. Explications neuro-anatomique des psychotraumatismes

Les traumatismes psychiques apparaissent essentiellement comme étant la conséquence d'une perturbation de l'encodage mnésique et de la remémorisation (retour des pensées et des émotions d'événements passés). (1) L'encodage de l'information est troublé de deux façons : (a) un encodage massif et excessif des aspects émotionnels liés à l'événement traumatique et (b) un encodage excessif des aspects contextuels liés à l'événement traumatique (le lieu, les circonstances, les images, les personnes, les bruits, les odeurs...). Dans les deux cas, les structures cérébrales en jeu sont situées au niveau du lobe temporal : l'amygdale et l'hippocampe. L'amygdale sur-mémorise les aspects émotionnels du traumatisme. Son hyperactivité explique les symptômes d'impulsivité, d'irritabilité ou

encore d'anxiété. L'hippocampe sur-mémoire des éléments contextuels dans lesquelles les émotions ont eu lieu. Les reviviscences sont liées à une réactivation des circuits hippocampiques qui engendre les symptômes envahissants. L'activation continue (renforcement) des mêmes circuits explique la mise en place d'un « cercle vicieux » engendrant les évitements (des indices internes – émotions- et externes – lieux, personnes...). (2) La récupération mnésique est troublée, engendrant un trouble de l'extinction. La personne souffrant d'un psychotraumatisme présente une non-extinction du souvenir traumatique en lien avec une perturbation du lobe frontal (intégrateur du cerveau) : le cortex préfrontal médian et cingulaire. Ce dernier n'intègre pas les perceptions et les représentations en puisant dans les expériences stockées, entraînant une non-extinction du souvenir et les phénomènes de flash-backs, cauchemars, hyperéveil.

4.2. Explications neurobiologiques des psychotraumatismes

Les traumatismes psychiques engendrent une perturbation des circuits neuronaux et, plus particulièrement, des neurotransmetteurs (ou neuromédiateurs). Rappelons que l'activité cérébrale repose sur des circuits neuronaux qui communiquent entre eux par le biais de neuromédiateurs dont les principaux sont le GABA (rôle inhibiteur) et le glutamate (rôle excitateur). En outre, les réponses comportementales apportées par l'individu nécessitent que certains réseaux neuronaux (certaines aires cérébrales) soient activés et d'autres inhibés en fonction de la situation vécue. Cette sélection est réalisée par les neurones modulateurs qui s'appuient sur trois neuromédiateurs : la noradrénaline (neuromodulateur des rapports avec le monde externe au sujet), la sérotonine (rapports avec le monde interne) et la dopamine (qui a un rôle de modulateur final des sorties psychiques –internes- et motrices –externes). Enfin, l'organisme sécrète des hormones (réponse de l'organisme au signal perçu et analysé par les circuits neuronaux) comme, par exemple, le cortisol qui est bas chez les sujets traumatisés.

Dans chaque type de traumatisme psychique, un de ces systèmes est troublé. (1) Dans les TSPT évoluant depuis plusieurs mois ou années (chroniques, complets, de type II), l'hyperéveil (notamment les réactions de sursaut) les cauchemars, les reviviscences, sont liés à une augmentation anormale des transmissions noradrénergiques. Les symptômes d'anxiété, d'évitement, d'irritabilité, d'impulsivité sont liés à une insuffisance de transmissions sérotoninergiques. (2) Quand les TSPT se compliquent avec le temps (complexes ou multiples, de type III ou IV, avec abus de substances), les transmissions dopaminergiques sont touchées.

4.3. Explications neuropsychologiques des psychotraumatismes

La neuropsychologie est à la base des modélisations/thérapies cognitives et comportementales. Elle explique que le traumatisme psychique s'inscrit dans un modèle de conditionnement de la peur. Lors de l'événement traumatique, la personne est confrontée à une situation extrêmement marquante

tant au niveau des faits vécus qu'au niveau des émotions associées. Par la suite, les indices internes ou externes, réels ou symboliques (ex. date anniversaire) réactivent les mêmes systèmes cognitifs, suscitant les reviviscences psychologiquement douloureuse et, par conséquences, les évitements. Ces symptômes maintiennent le conditionnement de la peur.

Trois conceptions neuropsychologiques majeures sont à retenir. (1) Pour Foa et *al.* (1998), les syndromes psychotraumatiques (le TSPT) correspondent à une modification cognitive des chaînes associatives. Lors de la confrontation à un événement traumatique, plusieurs associations se créent : tout d'abord l'individu associe les émotions vécues à l'évènement, puis la personne peut associer l'évènement traumatique à d'autres évènements comportant des similitudes, puis les éléments présents lors de l'évènement s'associent entre eux et sont associés au traumatisme avec un haut degré de dangerosité. Ce modèle explique donc la présence des symptômes envahissants et d'évitement par la mise en place d'associations modifiant ainsi les représentations cognitives de l'individu. (2) Foa et Rothbaum (1998) complètent ensuite ce modèle en y ajoutant trois composantes : (a) les schémas (la conception que la personne a du monde et de soi-même, menée à mal par le traumatisme qui modifie ces cognitions), (b) les enregistrements mnésiques (tenant compte des enregistrements pré-traumatiques, traumatiques et post-traumatiques) et (c) l'évaluation/interprétation de l'évènement. Cette conception s'appuie donc sur la présence de facteurs de vulnérabilité individuelle qui influencent les processus cognitifs. Ces facteurs individuels mettent en lumière les évaluations et interprétations que réalise l'individu, expliquant la subjectivité du traumatisme (pourquoi certains individus souffrent de TSPT et d'autres non). Ce modèle s'appuie également sur l'importance de l'organisation des informations en mémoire et indique que cette organisation est défaillante dans le cas de syndromes psychotraumatiques. (3) La théorie de la double représentation ou représentation duale de Brewin et *al.* (1996) complète parfaitement les deux modèles précédents. Elle indique que deux types de représentations liées au traumatisme cohabitent : (a) une première concernant les souvenirs accessibles verbalement (VAM) et (b) une seconde concernant les souvenirs accessibles situationnellement (SAM). En situation normale, ces deux formes de représentation interagissent. Le traitement de l'information se fait d'abord de manière générale et sémantique (SAM- traitement cognitif peu profond en lien avec l'amygdale) nécessitant peu de ressources attentionnelles puis, seules certaines informations accèdent à un traitement plus profond (VAM- structures hippocampiques). Lors d'un traumatisme psychique, le système SAM est suractivé et sensible aux informations perceptives et sensorielles, provoquant un niveau ultérieur d'intrusions traumatiques. Le système VAM est, quant à lui, altéré, impliquant la présence d'évaluations et attributions négatives. Le modèle de la représentation duale explique pourquoi la représentation de l'évènement n'est donc pas correctement intégrée en mémoire autobiographique provoquant des difficultés pour y accéder volontairement (d'où les symptômes observés dans le TSPT), en raison des fortes réactions émotionnelles qui perturbent le processus d'encodage de l'information. Les représentations déformées et associées à des émotions négatives s'intègrent à la mémoire autobiographique provoquant une modification des représentations que

l'individu se fait de lui-même et du monde. La suractivation du système SAM explique également le sentiment d'«ici et maintenant» associé aux reviviscences.

4.4. Explications psychanalytiques des psychotraumatismes

Les premiers psychanalystes se sont particulièrement intéressés aux expériences traumatiques comme pouvant être à l'origine de la névrose. Rappelons que, pour Freud, le traumatisme (les névroses traumatiques) se définit comme une effraction psychique étendue du par-excitations provoquant au niveau économique un envahissement et un débordement du système par une quantité importante d'énergie non liée. Le psychisme est débordé par une non préparation par l'angoisse. Le sujet reste alors psychiquement fixé sur le traumatisme (d'où les rêves de répétition, les ruminations, les réactions de sursaut), retournant continuellement à la situation traumatique initiale. La répétition a, alors, pour fonction de tenter de maîtriser la représentation de l'événement traumatique. Ferenczi ajoute que les événements violents de la réalité entrent dans ce schéma, notamment les expériences sexuelles de la première enfance qui provoquent des atteintes narcissiques graves (et expliquent les réactions traumatiques postérieures).

Partant de ces conceptions, la psychanalyse explique les syndromes psychotraumatiques à partir de trois notions clés : l'étiologie traumatisante, le syndrome de répétition et l'altération de la personnalité. (1) L'étiologie traumatisante (l'existence d'un traumatisme psychique en réponse à un événement hors du commun) s'explique par la présence de 5 composantes : (a) un débordement des défenses psychologiques, ce débordement définissant le trauma car le sujet n'a pas pu se préparer par l'angoisse, ce qui le laisse sidéré sur le plan psychique ; (b) une situation de violence psychique liée à une menace vitale ou à des visions d'horreur, qui a pour conséquence d'agresser l'intégrité physique et mentale de l'individu, et qui fascine, sidère et paralyse son appareil psychique ; (c) la présence d'effroi qui est un état de sidération et d'immobilité psychique du sujet confronté à l'événement traumatique (état de sidération et de suspension de la pensée traduisant une effraction psychique, un arrêt des fonctions psychiques) ; (d) une rupture de l'enveloppe psychique et l'intrusion d'un « corps étranger », c'est-à-dire (d'un point de vue topique) que cette rupture de l'enveloppe psychique, du pare-excitation, crée une désorganisation psychique durable et facilite l'introduction du traumatisme dans l'appareil psychique comme un « corps-étranger » qui ne peut pas être assimilé (les symptômes de répétition sont vus comme une tentative d'assimilation de ce « corps-étranger ») ; (e) un non-sens et l'absence de représentation, le traumatisme étant vécu comme un non-sens complet, une incapacité de lui donner une signification et donc une représentation (d'où les fantasmes associés au trauma). (2) Le syndrome de répétition est du à une fixation temporelle et psychique de l'événement traumatique. Il est envisagé sous deux formes : (a) une forme passive marquée par une absence d'intégration et d'assimilation du traumatisme, qui agit comme un « corps-étranger » à l'intérieur du psychisme du sujet. Les phénomènes de répétition sont donc liés à une impossibilité de représentation, d'élaboration et de symbolisation de l'événement ; et (b) une forme active qui est, en même temps, une tentative de

maîtrise de l'événement pour essayer d'y échapper et une tentative d'élaboration non aboutie. (3) Les remaniements et l'altération de la personnalité, à la suite du traumatisme, entraînant un blocage du moi qui se réalise selon trois axes : (a) un blocage de la fonction de filtration de l'environnement (correspondant aux symptômes d'évitement) et se manifestant par des états d'hypervigilance et d'alerte (sursauts) ; (b) un blocage de la fonction de présence (correspondant à l'émoussement de la réactivité générale) et se manifestant par une perte d'intérêts pour les investissements passés (activités, loisirs...) ; (c) un blocage de la fonction d'amour et de relation à autrui (correspondant à une restriction des affects positifs) et se manifestant par une régression narcissique avec dépendance, incapacité d'aimer, un sentiment d'irritabilité, un replis sur soi... Ces trois facteurs se traduisent, en définitive, par un retrait de la libido sur le moi.