

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Tome 9, numéro 2 (2011)

Exploration du concept de traumatisme complexe

ROBERGE, P.¹ [QUÉBEC, CANADA]

Auteur

¹Psychologue, Doctorant, Université Sherbrooke

Résumé

Le trauma complexe est à la source de nombreuses manifestations pathologiques que le diagnostic d'ESPT issu d'un trauma simple ne décrit pas. A l'heure actuelle, le DESNOS (au long la première fois) apparaît comme le diagnostic le plus approprié pour décrire les symptômes issus d'un traumatisme complexe. Ses symptômes cardinaux sont la dérégulation des affects, la dissociation et la somatisation. Il n'y a pas de consensus en ce qui concerne la nature exacte du traumatisme complexe conduisant au *DESNOS*. Globalement, les auteurs font références à un abus survenant avant ou au cours de l'adolescence. Les carences affectives et autres événements conduisant à un trouble de l'attachement pourraient aussi être en cause. Ces événements sont aussi souvent décrits comme participant à la genèse du trouble de la personnalité limite (TPL) et un chevauchement est noté entre le *DESNOS* et le TPL. Le trauma complexe aurait également une incidence sur le développement neurobiologique, qui aurait comme conséquence au niveau du développement du soi et conduire à la re-traumatisation. Le traitement de la conséquence d'un trauma complexe et l'un des facteurs qui motive l'officialisation de ce diagnostic. Le trauma complexe se veut un concept riche qui fait l'objet de nombreuses recherches actuellement. Il pourrait éventuellement devenir officiel et intégrer la prochaine version du DSM.

Mots-clés:

Traumatisme complexe, DESNOS, Trouble de personnalité limite, État de stress post-traumatique

Le traumatisme comme phénomène est un objet d'intérêt et de recherche depuis le début de l'étude de la psychologie. Parmi les premiers, Freud, Ferenczi et Janet l'ont fait dans des directions plus ou moins parallèles. La compréhension que nous nous faisons de ce concept est teintée des travaux de ces précurseurs, de l'évolution de la société et de l'avancement des recherches. Le besoin de bien saisir et de clarifier le phénomène du trauma est toujours d'actualité et les réflexions qui en découlent font l'objet de débat. Le trauma présente une dimension plurielle et le concept de trauma complexe constitue l'une de ces facettes, qui bien qu'elle n'ait pas reçu de reconnaissance officielle, représente une réalité à la source de nombreuses pathologies. Le présent travail se veut un survol de ce concept, de son histoire et ses aléas, ainsi que de sa pertinence et des pistes d'intervention nécessaire au traitement de ses conséquences.

UNE DÉFINITION DU TRAUMATISME COMPLEXE

Initialement, le terme trauma complexe fait référence au trauma de type 2, celui-ci se différenciant du type 1, par le fait qu'à la différence de ce dernier, ce trauma ne constitue pas un événement ponctuel ou inattendu, mais plutôt une situation répétée ou prolongée, et ce, selon la catégorisation offerte par Lenore Terr (1991).

Les travaux et publications de Judith Herman (1992a et 1992b) permirent d'approfondir ce terme et de le distinguer des traumatismes simples. Sa description tient compte d'une dimension sociale, en premier lieu dans l'intérêt que porte une société aux victimes. Alors que la société républicaine et anticléricale de la France du 18^e siècle permit l'étude de l'hystérie et qu'une société sensible aux sacrifices de ses hommes, suite à la première Guerre mondiale, conduira à la notion de névrose

de guerre, les mouvements prônant l'amélioration de la condition féminine permettent de prêter attention aux traumas qui relèvent de l'abus, du viol ou de la violence domestiques dont les femmes sont souvent victime. C'est dans cette suite que s'inscrivent les recherches et la popularisation du concept de trauma complexe.

Si une société donnée permet de porter attention à ses victimes, ce type de trauma est aussi le résultat de phénomènes sociaux. Selon Judith Herman, le trauma complexe survient dans une structure sociale qui permet l'abus et l'exploitation d'un groupe subordonné. Différents milieux lui sont propices, certaine famille et groupe religieux, la détention, les camps de concentration ou de travail. Alors que le traumatisme simple évoque un événement ponctuel, tel qu'un accident de voiture ou une catastrophe naturelle, le trauma complexe est toujours relationnel, prolongé et répété. Dans toutes ces situations, la victime est en état de captivité, elle ne peut fuir et se trouve sous le contrôle et la domination d'un agresseur.

Les conséquences du trauma complexe transcendent ceux de l'ESPT simple dans trois domaines, les symptômes sont plus complexes, diffus et tenaces, des changements au niveau de la personnalité (relation et identité) sont présents, ainsi qu'une vulnérabilité à répéter les blessures, par soi-même et par les autres. Le trauma complexe a comme caractéristique de survenir dans un moment clef du développement et porter atteinte à l'intégrité du soi (Herman, 1992b).

La violence qui conduit au trauma complexe n'est pas nécessairement une menace à l'intégrité physique de la personne qui en fait l'objet. Il peut s'agir de trahison, de contrôle des besoins vitaux, d'augmentation de règles capricieuses, de renforcement intermittent, d'isolation et d'obligation à se soumettre à des actes dégradants et immoraux .

Le trauma complexe tel que décrit précédemment, peut-être en lien avec une multitude de situations dont les conséquences peuvent se situer sur un continuum de gravité. Par exemple, doit-on considérer les situations répétées de harcèlement psychologique dans un milieu de travail comme étant une forme de trauma complexe ? Des regroupements de lutte et de sensibilisation face au harcèlement utilisent cette notion pour décrire ces événements. Nul doute que ces expériences peuvent avoir un effet sur l'individu. Cette situation n'a toutefois rien à voir avec ce qui peut-être vécu dans un camp de concentration. Des clarifications sont nécessaires. Ce concept ne décrit pas non plus à quel moment cesse le développement. On peut penser que des abus psychologiques et de l'abus sexuel dans l'enfance auront un effet plus grand que ceux survenus plus tard, mais aussi qu'en même temps le développement de l'individu dans certains aspects n'est jamais totalement achevé.

Alors que le trauma complexe décrit un type d'événement, la réaction posttraumatique complexe en est le résultat sur l'individu. Un tel concept nécessite des clarifications afin de bien déterminer les effets d'un tel trauma, de trouver un langage commun pour les décrire et les rendre opérationnalisables, c'est-à-dire suffisamment circonscrit et propre à décrire une réalité qui peut faire l'objet de recherche.

C'est à cette fin que des ouvrages de sémiologie psychiatrique tels que le DSM s'efforcent de développer des entités nosographiques, et ce, dans le but de développer un langage commun entre les gens intéressés par ces problématiques.

LE TRAUMA COMPLEXE ET LE DSM

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT) apparaît pour la première fois dans le Manuel Diagnostique et

Statistique des troubles mentaux (DSM) au moment de sa troisième version (APA, 1980). La conceptualisation de ses critères sont inspirés de la névrose de guerre avec la triade que constitue les reviviscences, l'engourdissement/évitement et l'hyperactivation. L'élaboration de ce diagnostic fut le résultat de mouvement de pression politique effectuée par des cliniciens et des regroupements de vétérans, afin que puissent être décrits, les troubles dont souffraient de nombreux militaires, psychologiquement blessés à la suite de la guerre du Vietnam (Caplan, 2004). Le traumatisme trouvait enfin une niche au sein de la *bible* des troubles mentaux, permettant ainsi une reconnaissance officielle conduisant à un diagnostic, au traitement et à la recherche. Toutefois, à cette même époque et depuis fort longtemps, de nombreux cliniciens s'intéressaient à d'autres types d'événements traumatiques et auprès de population autres que celle ayant conduit à la construction des critères de l'ESPT du DSM-III. Il était aussi observé que d'autres manifestations survenant suite aux traumas n'étaient pas considérées par la triade de symptômes décrits sous le DSM-III. Parmi ces événements à caractère traumatiques et leur conséquence, nommons entre autres, le syndrome traumatique du viol (Burgess et al., 1974) pour décrire l'effet de l'assaut sur la personne tel que la perte du sentiment de sécurité, de confiance, de valeur et la perte de la cohérence du "self", le syndrome de la femme battue (Walker, 1979) pour décrire la revictimisation observée et le trauma de l'inceste (Courtois, 1979) pour décrire les nombreux troubles psychiatriques de l'enfance et à l'âge adulte dont souffraient les victimes.

Si dans le DSM-III l'événement traumatique conduisant au diagnostic de ESPT était considéré alors comme étant hors de l'expérience humaine habituelle, ce critère fut l'objet de contestation puisqu'il ne tenait pas compte de la présence de nombreuses situations traumatiques et dont la prévalence était très élevée, c'est-à-dire,

les abus sexuels, le viol et la violence domestique. (Caplan, 2004) Ce critère fut modifié dans les versions ultérieures du DSM.

Pour les tenants d'une reconnaissance du trauma complexe et de ses effets, le DSM-III fut l'objet d'une modification considérable par l'ajout des désordres dissociatifs dont le lien avec l'abus et la négligence durant l'enfance avait été démontré. Cet ajout et des recherches ultérieures, furent l'occasion de considérer au sein de la communauté scientifique, l'intersection entre l'abus dans l'enfance et la dissociation, ainsi que l'implication du trauma et des réactions de stress post-traumatique dans ces troubles (Courtois, 2008).

Le passage de l'ESPT au sein des troubles induits par le stress dans la nouvelle version du CIM-10 (OMS, 1994) et l'introduction du diagnostic de Changement durable de la personnalité suivant une expérience catastrophique, dans ce manuel, sera pour les chercheurs et cliniciens intéressés par le trauma complexe, l'occasion d'un encouragement afin que soit considéré l'effet sur la personnalité d'un événement traumatique que ne considère pas le diagnostic de ESPT.

Les critiques entourant les critères diagnostiques de l'ESPT sous le DSM-III, soulèverent des biais dans la méthodologie utilisée pour les constituer (population masculine, type d'événement), Ils ont aussi soulevé le fait que les critères diagnostics d'ESPT ne tenait pas compte de la complexité des cas cliniques, de l'âge et des étapes de vie où survient le trauma, de la dimension relationnelle du trauma et de la variété des symptômes vus dans le milieu clinique. (Courtois, 2008). Dans le DSM-III, ce qui ne rentre pas dans le cadre conceptuel de l'ESPT est associé à de la comorbidité et ces symptômes ne sont pas conçus comme étant des caractéristiques d'une adaptation compliquée d'un ESPT (Herman, 1992b).

Les chercheurs nord-américains intéressés par les phénomènes observés dans la pratique clinique, verront aussi l'occasion de réviser les critères diagnostics liés au trauma lors de l'étude portant sur le développement du DSM-IV.

LE TRAUMA COMPLEXE ET LE « PTSD FIELD TRIAL »

Entre 1990 et 1992, au moment de la révision en vue de la quatrième version du DSM, sont recrutés des chercheurs et experts dans le traumatisme en vue de redéfinir les critères diagnostiques de l'ESPT, de tenter de regrouper une constellation de symptômes liés au trauma que le diagnostic de l'ESPT ne couvre pas et de voir la fiabilité d'une entrevue structurée permettant de mesurer ce nouveau concept. C'est à la suite de ce travail que fut créée l'entité nosographique de « *disorders of extreme stress not otherwise specified (DESNOS)* » qui constitue une constellation de vingt-sept symptômes à travers six catégories de symptômes distincts. L'outil de mesure alors constitué sera nommé le « *Structural Interview for Disorder of Extremes Stress (SIDES)* » (Zlotnick et al. 1997). Cette entrevue structurée est constituée de quarante-cinq items qui se situent sur six échelles qui correspondent aux catégories de symptômes. Cet instrument, ainsi que le concept de *DESNOS* ont fait l'objet de mesure empirique afin de vérifier leur validité (Van der Kolk, 2005)

Les six catégories de symptômes que couvre le concept de *DESNOS* sont les suivants ; 1) altération dans la régulation des affects et des impulsions, 2) altération de l'attention et de la conscience, 3) altération dans la perception de soi, 4) altération dans les relations avec les autres, 5) somatisation et 6) perturbation dans le système de valeurs et croyances (Courtois, 2008)

Les recherches sur le *DESNOS* au cours du *PTSD Field Trial* et publiées ultérieurement ont démontré que ce diagnostic présentait une importante prévalence dans la population générale, que la consistance interne de ce construit était fort. De plus, le *DESNOS* est associé à une chronicité de symptômes, à de l'abus et des traumatismes dans l'enfance (Pelcovitz et al., 1997)

Les résultats lors du *PTSD Field Trial* révélèrent que (a) les traumatismes interpersonnels précoces donnent lieu à des pathologies posttraumatiques plus complexes que ceux survenant tardivement (b) Ces symptômes surviennent en addition à ESPT et ne constituent pas un regroupement différent de symptômes, (c) plus jeune survient le ESPT, plus probable est la présence de *DESNOS* en plus de ESPT, (d) plus longtemps l'individu est exposé aux éléments traumatiques, plus probables qu'il développe *DESNOS* et ESPT, (e) les symptômes en lien avec *DESNOS* occasionnent plus de consultation que ceux en lien avec ESPT.

Ces résultats correspondent bien aux caractéristiques données au trauma complexe, soit d'être répétés ou prolongés, de survenir à un moment clef du développement et d'être relationnel.

Ces résultats nomment toutefois que les symptômes du *DESNOS* surviennent en addition à l'ESPT et ne constituent pas un regroupement différent de symptômes. Ce résultat aura certainement contribué à faire d'une large part de ces symptômes des caractéristiques associées à l'ESPT dans le DSM-IV et de faire en sorte que *DESNOS* n'y soit pas présent en tant qu'entité autonome.

Toutefois, des résultats ultérieurs au *PTSD field trial* ont démontrés que *DESNOS* peut survenir en absence de ESPT (Ford, 1998 cité par van der Kolk, 2005) et qu'en dépit de nombreux chevauchement, *DESNOS* et ESPT sont distincts en ce qui concerne les symptômes

et les déficits présentés (Ford 1999, cité par van der Kolk, 2005).

Une position théorique en ce qui concerne la place de l'ESPT au sein des troubles anxieux pourrait aussi avoir contribué au refus par le DSM *Task Force* d'inclure le diagnostic de *DESNOS* dans le manuel. Les membres du sous-comité chargé d'étudier la révision du critère d'ESPT auraient recommandé la création dans le manuel d'une nouvelle catégorie de troubles liés au stress, ce qui aurait été refusé par le groupe qui chapeaute ces études. (Caplan, 2004). Les membres du groupe ayant fait la recommandation précédente auraient aussi voté à 19 contre 1 l'inclusion de *DESNOS* comme entité à part de l'ESPT, ce qui fut aussi refusé. (Caplan, 2004). Une des raisons soutenant ce motif aurait été que *DESNOS* n'entre pas dans la catégorie des troubles anxieux et qu'il pourrait entrer tout aussi bien dans les désordres dissociatifs, de la somatisation et même des troubles de la personnalité, ce qui en fait, décrit bien à la fois la pertinence et le problème que pose ce diagnostic (Herman, 2009).

LE TRAUMA COMPLEXE DANS LE *DESNOS*

Alors que le diagnostic de *DESNOS* apparaît opérationnaliser le résultat d'un trauma complexe, ce dernier terme n'est pas clair en ce qui constitue un stress extrême (Brown, 2009). Selon van der Kolk (2005), les victimes d'abus sexuel avant l'âge de 14 ans sont significativement plus à risque de développer un *DESNOS* que les autres. Zlotnick (1996), suggère qu'il est le résultat d'un abus sexuel avant l'âge de 13 ans et Roth et al. (1997, cité par van der Kolk, 2005) avant l'âge de 13 ans. Ford (1999, cité par van der Kolk, 2005), mentionne dans une étude portant sur des vétérans que des antécédents d'abus physique, sexuel, et être témoin de violence domestique, sont associés à *DESNOS*.

Brown (2009), mentionne que la combinaison d'un style d'attachement désorganisé et d'abus ultérieur est le meilleur corrélat de déficits liés au *DESNOS* à l'âge adulte. Deux des trois symptômes cardinaux sont associés au trouble de l'attachement, un attachement sain facilite la régulation des affects (Schore, 2009) et l'attachement désorganisé est un antécédent aux troubles dissociatifs (Liotti, 2004).

Classen (2006), s'est intéressée à l'effet du trauma sur la personnalité et à développé le diagnostic de *posttraumatic personality disorder (PPD)*, dont l'avantage de ce modèle est de mettre en relief l'effet des troubles de l'attachement et de traumas ultérieurs. Elle nomme un sous-type désorganisé dont l'étiologie est un trauma de l'attachement et de l'abus, et un sous-type organisé qui correspond aux critères de *DESNOS* sans toutefois avoir de perte ou de fluctuation au niveau du sentiment de confiance/sécurité envers les figures d'attachement primaire. La distinction entre *PDD* et le Trouble limite de la personnalité (TPL) serait chez ce dernier diagnostic, la présence de carence au niveau de l'attachement, sans avoir d'histoire d'abus chez le TPL.

Toutefois, le *PPD* est défini comme étant l'addition d'un ESPT avec *DESNOS* et que *DESNOS* est souvent morbide avec TPL et difficile à différencier (McLean et al.2003). La distinction entre *DESNOS* est TPL demeure obscure et dépend des auteurs. Selon van der Kolk (2001), *DESNOS* couvre les critères majeurs de TPL avec un accent mis sur l'effet d'un traumatisme potentiel qui peut-être traité. TPL et *DESNOS* présentent de nombreux chevauchements au niveau de 4 domaines des six couverts par *DESNOS* (régulation des affects, attention-conscience, perception de soi et relation) mais aurait des profils symptomatologiques différents, soit au niveau de l'importance des déficits et dans la nature des troubles. Alors que les déficits liés à la régulation des affects sont

la caractéristique principale de *DESNOS*, elle est secondaire chez le TPL pour lequel les troubles de l'identité et des relations avec autrui sont au premier plan (Luxenberg et al., 2001).

L'EFFET D'UN TRAUMA COMPLEXE SUR LE DÉVELOPPEMENT

Alors que nous l'avons vu précédemment, le trauma en lien avec le *DESNOS* se caractérise par un événement répétitif ou prolongé survenu en jeune âge, généralement avant l'adolescence. Les modèles théoriques faisant appel à la neurobiologie nous fournissent des explications et des illustrations pour comprendre et appuyer ces hypothèses. Un de ces modèles, proposé par Julian Ford (2009) fait référence à deux composantes fonctionnelles présentes dans le cerveau, un cerveau dédié à l'apprentissage et un cerveau dédié à la survie. Le cerveau dédié à l'apprentissage est motivé par une recherche d'équilibre entre la nouveauté et la familiarité. Il est aussi associé à la prise de conscience de soi, de ses propres états émotionnels et sensations. Ceci fait référence à la fonction réflexive et d'autorégulation des états émotionnels (Schore, 2008). Le cerveau dédié à la survie pour sa part anticipe, prévient ou protège contre un danger potentiel ou actuel. Il est conduit et renforcé par la recherche de menace, pour mobiliser et conserver les ressources physiques qui permettent la protection et le fonctionnement du corps.

L'organisation corps-esprit du cerveau survie répond au système de réponse au stress et opère automatiquement pour permettre l'homéostasie à l'intérieur de l'organisme en ajustant l'activation du système nerveux autonome. Les expériences précoces laissent des traces qui altèrent la structure du cerveau.

L'exposition durant l'enfance à des stressseurs traumatiques peut augmenter les réseaux neuronaux dédiés à la protection contre des dangers au prix d'une diminution des circuits associés à l'apprentissage. Ceci provoque une diminution au niveau de la capacité de régulation des affects (Schoe, 2008), ainsi que sur la capacité à réfléchir sur ses propres processus de pensées et ajuster les comportements en conséquence. Une consolidation de la structure survient au cours du développement et une consolidation répétée d'expérience négative limite la flexibilité à apprendre des expériences nouvelles. La difficulté combinée à ajuster ses comportements entraîne le risque de répétition d'expérience négative et la répétition d'expérience négative renforce la consolidation. Le résultat en est le maintien d'une tendance à réagir aux expériences de façon automatique, chaotique avec des perceptions, pensées et actions fixées, ce qui est aussi nommé une réactivité à des indices gâchette (Lewis, 2005 cité par Ford, 2009). Ces données sur la neurobiologie nous disent toutefois que l'adolescence demeure une période permettant un réaménagement de la structure par la non-consolidation, ces données sont aussi indicative de l'incidence du trauma en jeune âge versus celle survenant après l'adolescence, nous faisons référence ici aux résultats du *PTSD field trial* suggérant que les sujets de cette étude ayant eu un abus sexuel avant l'âge de 14 ans étaient plus sujets à développer un DESNOS que ceux ayant été victime après 14 ans (Van der Kolk, 2005)

L'incidence des événements traumatogènes, la démonstration de leur effet sur le développement et l'observation clinique des pathologies consécutives chez les enfants ont incité le regroupement nommé *Complex trauma work group of the National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)* à proposer le diagnostic de *developmental trauma disorder (DTD)* pour diagnostiquer et traiter des symptômes similaires à ceux qui conduisent au

diagnostic de troubles mentaux sévères, des troubles de la conduite ou de trouble dissociatif ou de l'attachement chez l'enfant (van der Kolk, 2009). Les critères du *DTD* sont similaires à ceux du *DESNOS*, mis à part ceux qui font référence à un niveau de cognition plus avancé. Le *DESNOS* et le *DTD* se situent dans une continuité l'un par rapport à l'autre.

LE TRAITEMENT DU TRAUMA COMPLEXE, UN TRAITEMENT EN TROIS PHASES

Le traitement du trauma complexe ou Desnos se veut intégratif de différentes techniques. Ceci vient du fait que ce concept prend en compte des problématiques qui autrement faisaient l'objet de multiples diagnostics, qui eux-même exigeait différents traitements de façon discontinue et séquentielle (Courtois et al., 2009). Cette caractéristique est d'ailleurs un des facteurs en faveur de la pertinence de ce concept (Ford et al., 2009). Par exemple, il a été démontré que le traitement via le modèle classique de l'exposition pour ESPT n'était pas adapté à cette problématique, occasionnant un risque de re-traumatisation et un fort taux d'abandon (van der Kolk, 2001). La fragilité au niveau de la régulation des affects et le manque d'intégration du soi en serait la cause. Le modèle généralement utilisé pour traiter le trouble limite de la personnalité (TPL) pourrait aider à ce niveau, mais ne suffirait pas puisqu'il n'aborde pas les souvenirs traumatiques (Linehan, 2006). Le traitement doit aussi tenir compte de la présence des carences au niveau de l'attachement et de son incidence sur les réactions transférentielles (van der Kolk, 2009)

Les différents auteurs s'intéressant au traitement du trauma complexe font référence à un traitement en trois phases, tel que suggéré par Janet il y a plus de cent ans.

La première phase est nommée sécurité et stabilisation puisqu'elle vise à sortir l'individu d'un milieu et d'habitude de vie ayant potentiellement un risque traumatogène. Elle traite ainsi la dimension de revictimisation et de prise de risque. Cette phase est la plus primordiale puisque les autres étapes ne pourront être réussies si la personne se situe dans un environnement qui maintient ou surajoute au traumatisme. Il pourra aussi être nécessaire de revenir à cette phase tout au long du traitement. À la différence du traitement d'un simple événement ayant conduit à un ESPT où il est possible de passer rapidement d'une étape à l'autre, dans un trauma complexe, il peut-être nécessaire de revenir fréquemment à la stabilisation (van der Kolk, 2001). Cette phase correspond au programme *Seeking Safety* de Lisa Najavits (2006) pour le traitement de la comorbidité ESPT et abus de substance et qui est inspiré des travaux de Judith Herman.

Une autre visée de cette première phase est d'augmenter chez le sujet sa capacité à tolérer et réguler ses états d'activation extrêmes, ainsi qu'à améliorer la capacité à reconnaître et maîtriser plutôt que d'éviter les états internes et indices externes qui déclenchent les symptômes. Ceci prépare l'individu à la phase ultérieure d'exposition via différentes méthodes d'exposition aux souvenirs du traumatisme.

Cette phase passe par de l'éducation sur la psychothérapie afin d'offrir un cadre rassurant à l'individu, elle vise de plus à faciliter la découverte de l'identité de la personne ainsi que de ses habiletés relationnelles.

La deuxième phase est celle où l'on cherche à obtenir une construction narrative et émotionnelle des événements traumatiques, et ce, via la mémoire épisodique et déclarative.

La troisième phase est celle où est fait un pont entre le vécu traumatique de la personne et sa vie actuelle, par l'adaptation

des phases précédentes à ses expériences présentes. Nommons par exemple la considération des modèles internes opérants issus d'un attachement insécure afin de faciliter le développement de relation saine (van der Kolk, 2009).

CONCLUSION

Le trauma complexe est un concept riche qui est difficile à évaluer, diagnostiquer et traiter efficacement. Sa conséquence est fort probablement une réaction mélangée et variable dans son expression, sa présentation, sa durée et son degré de sévérité. Il peut se manifester à un niveau subclinique qui peut ne pas atteindre le seuil nécessaire pour répondre formellement à un diagnostic ou un désordre. Est-ce un désordre singulier qui justifie un diagnostic distinct et est-ce que tous ceux qui ont vécu un trauma complexe vont développer les signes cliniques ? Toutefois, la pratique clinique nécessite une certaine entente et convention afin de permettre d'officialiser un diagnostic. Les avantages associés à un construit des conséquences du trauma complexe, tel que le propose le DESNOS, est rendre compte d'une réalité clinique qui n'est pas couverte par le ESPT. Il permet aussi d'éviter une multitude de diagnostics (PTSD, TPL, troubles dissociatifs, Axe 3), d'offrir un traitement adapté qui tient compte de la complexité au lieu d'une somme d'intervention. Il permet de plus de sortir les victimes de trauma complexe d'un stigma (ex : TPL) et de conduire des études de façon cohérente. Le trauma complexe fait l'objet de nombreuses recherches qui traduit l'avancée de la pensée clinique en psychologie en tenant compte de la société dans lequel il s'inscrit. Il intégrera peut-être le DSM dans sa prochaine version.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn.* Washington, DC : Author

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn.* Washington, DC : Author

Organisation mondiale de la santé (1994). CIM-10 : *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Genève, Suisse : Author

Brown, D. (2009). Assessment of attachment and abuse history, and adult attachment style. In C.A. Courtois (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders, an evidence based guide* (pp. 124-144). New-York, NY : The Guilford press.

Caplan, P.J. (2004). Post-traumatic stress disorders. In P.J. Caplan, L. Cosgrove (Ed.), *Bias in psychiatric diagnosis* (pp. 207-213). Maryland, MA : The Rowman & Littlefield Publishing Group.

Classen, C., Pain, C., Field, N.P., Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder : A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 87-112.

Courtois, C.A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy.* New York, NY: W.W. Norton.

Courtois, C.A. (2008), Complex trauma, complex reactions : Assessment and treatment. *Psychological trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 1, 86-100

Courtois, C.A., Ford, J.D., Cloitre, M. (2009), Best practices in psychotherapy for adults. In C.A. Courtois (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders, an*

evidence based guide (pp. 82-103). New-York, NY : The Guilford press.

Ford, J.D., & Kidd, P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743–761.

Ford, J.D. (2009). Neurobiological and developmental research, clinical implications. In C.A. Courtois (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders, an evidence based guide* (pp. 31-58). New-York, NY : The Guilford press.

Herman, J.L. (1992a). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic to Political Terror.* New York, NY: Basic Books.

Herman, J.L. (1992b). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.

Herman, J.L. (2009). Foreword. In C.A. Courtois (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders, an evidence base guide* (pp. xiii-xxvii). New-York, NY : The Guilford press.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganised attachment : Three strands of a single braid. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice and Training*, 41, 472-484.

Luxenberg, T., Spinazolla J., van der Kolk, B.A. (2001). Complex trauma and Disorder of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis – Assessment. *Directions in psychiatry*, 21, 373-413.

McLean, L., Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of psychiatry*, 160, 369-371.

Najavits, L.M., Gallop, R., Weiss, R.D. (2006). Seeking safety therapy for

adolescent girls with PTSD and substance use disorder : a randomized controlled trial. *The journal of behavioral health services & research*, 33, 453-63

Schore, A.N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Montréal, Québec : Les éditions du CIG.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas : an outline and overview. *Am. J. Psychiatry*, 148, 10-20

van der Kolk, B.A. (2001). Assessment and treatment of complex PTSD. In R. Yehuda (Ed.), *Treating Trauma Survivors with PTSD* (pp. 127–156). Washington, DC : American Psychiatric Press.

van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399

van der Kolk, B.A. (2009). Afterword. In C.A. Courtois (Ed.), *Treating complex traumatic stress disorders, an evidence base guide* (pp. 455-466). New-York, NY : The Guilford press.

Najavits, L.M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York, NY: Guilford Press.

Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F.S., Kaplan, S., & Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–17.

Zlotnick, C., & Pearlstein, T. (1997). Validation of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 243–247.

Zlotnick, C., Zakriski, A., Shea, T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., et al. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195–205.