Psychotraumatisme, adversité santé psychique et santé mentale

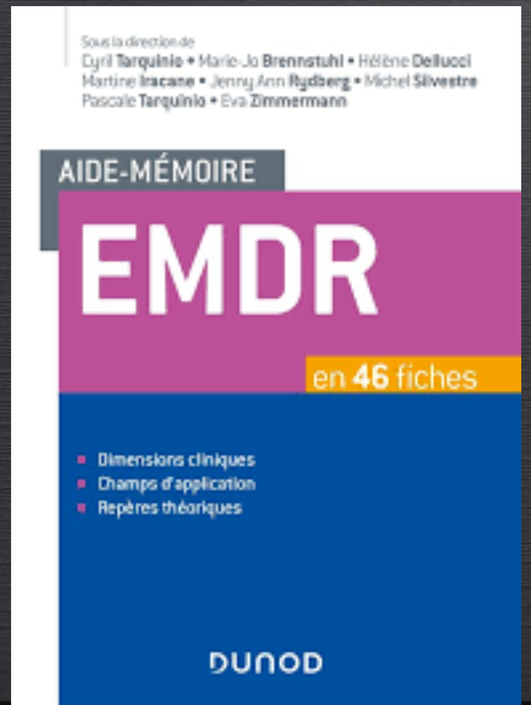
Professeur Cyril Tarquinio

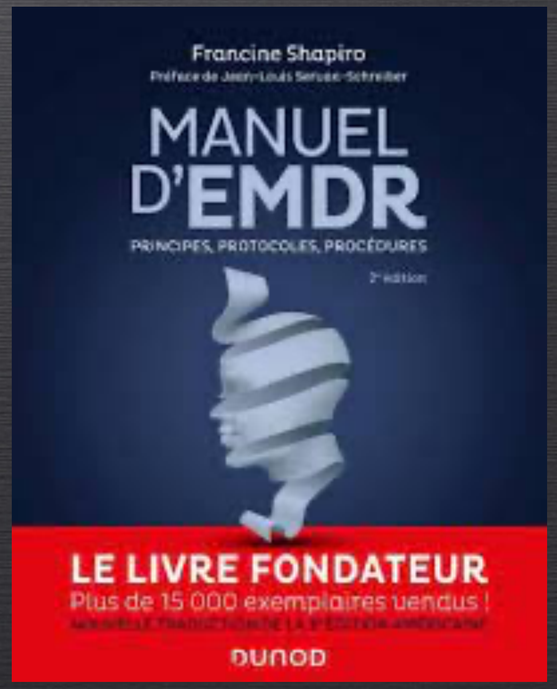
Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIIRE - Université de Lorraine, Inserm
Tel: +33 (0)6.70.30.30.52
Directeur Centre Pierre Janet - https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/
Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -
Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques
Responsable du Master de Psychologie clinique de l'Université de Lorraine (site de Metz).
Responsable du Parcours Type "Psychothérapie et dimensions traumatiques" -
http://shs-metz.univ-lorraine.fr/content/master-psychotherapie-et-dimensions-traumatiques
Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)


Cyril Tarquinio
Pascale Tarquinio
L'EMDR :
préserver la santé
et prendre
en charge la maladie
Principes généraux
Vignettes cliniques
Protocoles de traitement

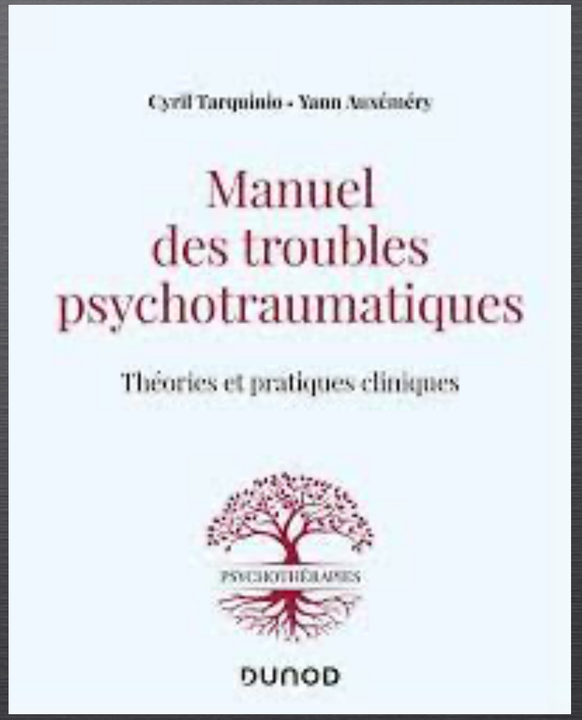

Sous la direction de
Cyril Tarquinio
Pratique de la
psychothérapie EMDR
Fondements et concepts • Protocole et outils
Applications • État de la recherche
• 2e édition •
PSYCHOTHÉRAPIES
DUNOD


Psychothérapies
Sous la direction de Cyril Tarquinio
Marie-Joe Brennsthul • Hélène Dellucci • Martine Iracane
Jenny Ann Rydberg • Michel Silvestre • Eva Zimmerman
Pratique de la
psychothérapie
EMDR
Introduction
Approfondissements pratiques
et psychopathologiques
DUNOD


Sous la direction de
Cyril Tarquinio • Marie Jo Brennstuhl • Hélène Dellucci
Martine Iracane • Jenny Ann Rydberg • Michel Silvestre
Pascale Tarquinio • Eva Zimmermann
AIDE-MÉMOIRE
EMDR
en 46 fiches
Dimensions cliniques
Champs d'application
Repères théoriques
DUNOD


Francine Shapiro
Préface de Jean-Louis Senon-Schreiber
MANUEL
D'EMDR
PRINCIPES, PROTOCOLES, PROCÉDURES
2e édition
LE LIVRE FONDATEUR
Plus de 15 000 exemplaires vendus !
DUNOD


Cyril Tarquinio
Les maladies ne tombent peut-être pas du ciel
Comment les événements négatifs ont un impact sur notre santé
DUNOD


Cyril Tarquinio - Yann Auxémery
Manuel des troubles psychotraumatiques
Théories et pratiques cliniques
PSYCHOTHÉRAPIES
DUNOD

Plan de la formation

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC

2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC
2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!
3. Ces événements de vie qui nous abîment!

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC
2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!
3. Ces événements de vie qui nous abîment!
4 . Psychopathologie de certaines adversités

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC
2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!
3. Ces événements de vie qui nous abîment!
4 . Psychopathologie de certaines adversités
5 .Touché au plus profond de nous!

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC
2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!
3. Ces événements de vie qui nous abîment!
4 . Psychopathologie de certaines adversités
5 .Touché au plus profond de nous!
6. Jouer sur la réversibilité

Plan de la formation

1. Psychopathologie des MC
2. Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!
3. Ces événements de vie qui nous abîment!
4 . Psychopathologie de certaines adversités
5 .Touché au plus profond de nous!
6. Jouer sur la réversibilité
7. L'adaptation

Plan de la formation

1.
Psychopathologie des MC

Cardiopathie

Resuscitation 84 (2013) 873–877

Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation

Review article

Anxiety, depression, and PTSD following cardiac arrest: A systematic review of the literature☆

Kathryn P. Wilder Schaaf[a,*], Laura K. Artman[a], Mary Ann Peberdy[b], William C. Walker[a], Joseph P. Ornato[c], Michelle R. Gossip[b], Jeffrey S. Kreutzer[a], For the Virginia Commonwealth University ARCTIC Investigators

[a] *Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States*
[b] *Virginia Commonwealth University Advanced Resuscitation, Cooling Therapeutics, and Intensive Care (ARCTIC) Program, Richmond, VA, United States*
[c] *Department of Emergency Medicine, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, United States*

Table 1
Summary of studies on depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder after cardiac arrest.

Study	Sample size	Design	Age	Psychological distress measures	Months post-arrest	Distress occurrence rate
Alexander (2011)[5]	30	Prospective; cross-sectional	Mean: 56.5	Beck Depression Inventory	3–4	Depressed 27%
Cronberg (2009)[6]	43	Prospective; cross-sectional	Mean: 66 Range: 14–87	1. Hospital Anxiety and Depression Rating Scale 2. Self-reported Montgomery and Åstrand Depression Rating Scale	Mean: 7.2	Anxious and/or depressed 14%
Gamper (2004)[20]	143	Prospective; cross-sectional	Mean: 55.5 Range: 43–67	Davidson Trauma Scale	Mean: 45 Range: 24–66	PTSD 27%
Kamphuis (2002)[11]	168	Prospective; longitudinal	Mean: 55	1. Center for Epidemiological Studies Depression Scale 2. State-Trait Anxiety Scale	In hospital, 1, 6, 12 (post-discharge)	Anxiety: In hospital 61% 1 month 49% 6 months 49% 12 months 42% Depression: In hospital 37% 1 month 37% 6 months 38% 12 months 32%
Ladwig (1999)[22]	21	Retrospective; cross-sectional	Mean: 59.7 Range: 35–78	1. 14 item Hospital anxiety and depression scale 2. Assessment of PTSD symptoms (not specified) 3. Impact of Event Scale	Mean: 39 Range: 22–64	Moderate to severe depression 25%
O'Reilly (2004)[19]	27	Retrospective; cross-sectional	Mean: 59.7	1. Hospital Anxiety and Depression Questionnaire 2. Post-traumatic Diagnostic Scale 3. Impact of Events Scale 4. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (PTSD)	Mean: 9.6 Range: 3–18	Anxiety 30% Depression 15% PTSD 19%
Roine (1993)[18]	53	Prospective; longitudinal	Mean: 65 Range: 36–85	1. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (3 months) 2. Symptom check list-90 (12 months)	3, 12	Anxiety: 12 months 41% Depression: 3 months 35% 12 months 31–45% Emotional distress: 12 months 43%
Sauvé (1996)[7]	45	Retrospective; longitudinal	Mean: 61	Profile of mood states	<3 weeks, 3, 6	Depressed: <3 weeks 33% 3 months 8% 6 months 25%
de Vos (1999)[23]	90	Retrospective; cross-sectional	Mean: 64	Center for Epidemiological Studies Depression Scale	Median: 15 Range: 3–72	Depressed 16%
Wachelder (2009)[17]	63	Retrospective; cross-sectional	Mean: 60.2 Range: 20–85	1. Hospital Anxiety and Depression Scale 2. Impact of Events Scale	Mean: 36	Anxious 13% Depressed 14% PTSD 21%

Table 1
Summary o arrest.

Study				Psychological distress measures	Months post-arrest	Distress occurrence rate
Alexande				Beck Depression Inventory	3–4	Depressed 27%
Cronberg			87	1. Hospital Anxiety and Depression Rating Scale 2. Self-reported Montgomery and Åstrand Depression Rating Scale	Mean: 7.2	Anxious and/or depressed 14%
Gamper (			67	Davidson Trauma Scale	Mean: 45 Range: 24–66	PTSD 27%
Kamphui				1. Center for Epidemiological Studies Depression Scale 2. State-Trait Anxiety Scale	In hospital, 1, 6, 12 (post-discharge)	Anxiety: In hospital 61% 1 month 49% 6 months 49% 12 months 42% Depression: In hospital 37% 1 month 37% 6 months 38% 12 months 32%
Ladwig (			78	1. 14 item Hospital anxiety and depression scale 2. Assessment of PTSD symptoms (not specified) 3. Impact of Event Scale	Mean: 39 Range: 22–64	Moderate to severe depression 25%
O'Reilly (				1. Hospital Anxiety and Depression Questionnaire 2. Post-traumatic Diagnostic Scale 3. Impact of Events Scale 4. Structured Clinical Interview for DSM Disorders (PTSD)	Mean: 9.6 Range: 3–18	Anxiety 30% Depression 15% PTSD 19%
Roine (19			85	1. Center for Epidemiological Studies Depression Scale (3 months) 2. Symptom check list-90 (12 months)	3, 12	Anxiety: 12 months 41% Depression: 3 months 35% 12 months 31–45% Emotional distress: 12 months 43%
Sauvé (1996)[7]	45	Retrospective; longitudinal	Mean: 61	Profile of mood states	<3 weeks, 3, 6	Depressed: <3 weeks 33% 3 months 8% 6 months 25%
de Vos (1999)[23]	90	Retrospective; cross-sectional	Mean: 64	Center for Epidemiological Studies Depression Scale	Median: 15 Range: 3–72	Depressed 16%
Wachelder (2009)[17]	63	Retrospective; cross-sectional	Mean: 60.2 Range: 20–85	1. Hospital Anxiety and Depression Scale 2. Impact of Events Scale	Mean: 36	Anxious 13% Depressed 14% PTSD 21%

Depressed 27%

Anxious and/or depressed 14%

PTSD 27%

Anxiety:
In hospital 61%
1 month 49%
6 months 49%
12 months 42%

Depression:
In hospital 37%
1 month 37%
6 months 38%
12 months 32%

Moderate to severe depression 25%

Table 1
Summary o arrest.

Study				Psychological distress measures	Months post-arrest	Distress occurrence rate
Alexande				Beck Depression Inventory	3–4	Depressed 27%
Cronberg			87	1. Hospital Anxiety and Depression Ra 2. As	Mean: 7.2	Anxious and/or depressed 14%
Gamper (			67	Da		PTSD 27%
Kamphui				1. De 2.	2	Anxiety: In hospital 61% 1 month 49% 6 months 49% 12 months 42% Depression: In hospital 37% 1 month 37% 6 months 38% 12 months 32%
Ladwig (			78	1. de 2. sp 3.		Moderate to severe depression 25%
O'Reilly (				1. Qu 2. 3. 4. DS		Anxiety 30% Depression 15% PTSD 19%
Roine (19			85	1. De 2.		Anxiety: 12 months 41% Depression: 3 months 35% 12 months 31–45% Emotional distress: 12 months 43%
Sauvé (1996)[7]	45	Retrospective; longitudinal	Mean: 61	Pr		Depressed: <3 weeks 33% 3 months 8% 6 months 25%
de Vos (1999)[23]	90	Retrospective; cross-sectional	Mean: 64	Ce De		Depressed 16%
Wachelder (2009)[17]	63	Retrospective; cross-sectional	Mean: 60.2 Range: 20–85	1. Hospital Anxiety and Depression Scale 2. Impact of Events Scale	Mean: 36	Anxious 13% Depressed 14% PTSD 21%

Depressed 27%

Anxious and/or depressed 14%

PTSD 27%

Anxiety:
In hospital 61%
1 month 49%
6 months 49%
12 months 42%

Depression:
In hospital 37%
1 month 37%
6 months 38%
12 months 32%

Moderate to severe depression 25%

Anxiety 30%
Depression 15%
PTSD 19%

Anxiety:
12 months 41%

Depression:
3 months 35%
12 months 31–45%

Emotional distress:
12 months 43%

Depressed:
<3 weeks 33%
3 months 8%
6 months 25%

Depressed 16%

Anxious 13%
Depressed 14%
PTSD 21%

Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Stroke Survivors

Judith Z. Goldfinger, MD,* Donald Edmondson, PhD,† Ian M. Kronish, MD, MPH,†
Kezhen Fei, MS,‡ Revathi Balakrishnan, MD, MPH,§ Stanley Tuhrim, MD,‖
and Carol R. Horowitz, MD, MPH‡

Table 2. *Association between PTSD status and physical and mental health*

	Total (N = 535)	PTSD (N = 95)	No PTSD (N = 440)	*P* value
PTSD score (PCL-S)	35.4 ± 13.7	59.1 ± 7.6	30.3 ± 8.3	
Physical health				
Number of strokes or TIAs	1.7 ± 1.2	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.2	.13
Had more than 1 stroke or TIA, n (%)	191 (35.7%)	44 (46.3%)	147 (33.4%)	.02
Years since most recent stroke or TIA	1.9 ± 1.4	1.7 ± 1.4	1.9 ± 1.5	.17
Modified Rankin score	2.1 ± 1.4	2.9 ± 1.1	1.9 ± 1.4	<.001
Charlson comorbidity index	3.7 ± 2.2	4.4 ± 2.3	3.5 ± 2.1	.001
SF-12 physical component score	37.9 ± 11.6	32.5 ± 10.1	39.0 ± 11.5	<.0001
Mental health				
Depression score (PHQ-8)	7.3 ± 5.5	13.9 ± 4.8	5.8 ± 4.6	<.0001
Depressed (PHQ-8 ≥ 10), n (%)	159 (29.7%)	74 (77.9%)	85 (19.3%)	<.0001
SF-12 mental component score	47.7 ± 12.5	36.9 ± 10.5	50.0 ± 11.7	<.0001
Emotional social support	488 (91.2%)	79 (83.2%)	409 (93.0%)	.002

Abbreviations: PCL-S, PTSD Checklist Specific for stroke; PHQ-8, Patient Health Questionnaire; SF-12, 12-item Medical Outcomes Short Form Health Survey.

Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Stroke Survivors

Judith Z. Goldfinger, MD,* Donald Edmondson, PhD,† Ian M. Kronish, MD, MPH,†
Kezhen Fei, MS,‡ Revathi Balakrishnan, MD, MPH,§ Stanley Tuhrim, MD,‖
and Carol R. Horowitz, MD, MPH‡

Table 2. *Association between PTSD status and physical and mental health*

	Total (N = 535)	PTSD (N = 95)	No PTSD (N = 440)	*P* value
PTSD score (PCL-S)	35.4 ± 13.7	59.1 ± 7.6	30.3 ± 8.3	
Physical health				
Number of strokes or TIAs	1.7 ± 1.2	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.2	.13
Had more than 1 stroke or TIA, n (%)	191 (35.7%)	44 (46.3%)	147 (33.4%)	.02
Years since most recent stroke or TIA	1.9 ± 1.4	1.7 ± 1.4	1.9 ± 1.5	.17
Modified Rankin score	2.1 ± 1.4	2.9 ± 1.1	1.9 ± 1.4	<.001
Charlson comorbidity index	3.7 ± 2.2	4.4 ± 2.3	3.5 ± 2.1	.001
SF-12 physical component score	37.9 ± 11.6	32.5 ± 10.1	39.0 ± 11.5	<.0001
Mental health				
Depression score (PHQ-8)	7.3 ± 5.5	13.9 ± 4.8	5.8 ± 4.6	<.0001
Depressed (PHQ-8 ≥ 10), n (%)	159 (29.7%)	74 (77.9%)	85 (19.3%)	<.0001
SF-12 mental component score	47.7 ± 12.5	36.9 ± 10.5	50.0 ± 11.7	<.0001
Emotional social support	488 (91.2%)	79 (83.2%)	409 (93.0%)	.002

Abbreviations: PCL-S, PTSD Checklist Specific for stroke; PHQ-8, Patient Health Questionnaire; SF-12, 12-item Medical Outcomes Short Form Health Survey.

Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Stroke Survivors

Judith Z. Goldfinger, MD,* Donald Edmondson, PhD,† Ian M. Kronish, MD, MPH,†
Kezhen Fei, MS,‡ Revathi Balakrishnan, MD, MPH,§ Stanley Tuhrim, MD,‖
and Carol R. Horowitz, MD, MPH‡

Table 2. *Association between PTSD status and physical and mental health*

	Total (N = 535)	PTSD (N = 95)	No PTSD (N = 440)	*P* value
PTSD score (PCL-S)	35.4 ± 13.7	59.1 ± 7.6	30.3 ± 8.3	
Physical health				
Number of strokes or TIAs	1.7 ± 1.2	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.2	.13
Had more than 1 stroke or TIA, n (%)	191 (35.7%)	44 (46.3%)	147 (33.4%)	.02
Years since most recent stroke or TIA	1.9 ± 1.4	1.7 ± 1.4	1.9 ± 1.5	.17
Modified Rankin score	2.1 ± 1.4	2.9 ± 1.1	1.9 ± 1.4	<.001
Charlson comorbidity index	3.7 ± 2.2	4.4 ± 2.3	3.5 ± 2.1	.001
SF-12 physical component score	37.9 ± 11.6	32.5 ± 10.1	39.0 ± 11.5	<.0001
Mental health				
Depression score (PHQ-8)	7.3 ± 5.5	13.9 ± 4.8	5.8 ± 4.6	<.0001
Depressed (PHQ-8 ≥ 10), n (%)	159 (29.7%)	74 (77.9%)	85 (19.3%)	<.0001
SF-12 mental component score	47.7 ± 12.5	36.9 ± 10.5	50.0 ± 11.7	<.0001
Emotional social support	488 (91.2%)	79 (83.2%)	409 (93.0%)	.002

Abbreviations: PCL-S, PTSD Checklist Specific for stroke; PHQ-8, Patient Health Questionnaire; SF-12, 12-item Medical Outcomes Short Form Health Survey.

Correlates of Post-traumatic Stress Disorder in Stroke Survivors

Judith Z. Goldfinger, MD,* Donald Edmondson, PhD,† Ian M. Kronish, MD, MPH,†
Kezhen Fei, MS,‡ Revathi Balakrishnan, MD, MPH,§ Stanley Tuhrim, MD,‖
and Carol R. Horowitz, MD, MPH‡

Table 2. *Association between PTSD status and physical and mental health*

	Total (N = 535)	PTSD (N = 95)	No PTSD (N = 440)	*P* value
PTSD score (PCL-S)	35.4 ± 13.7	59.1 ± 7.6	30.3 ± 8.3	
Physical health				
Number of strokes or TIAs	1.7 ± 1.2	1.8 ± 1.3	1.6 ± 1.2	.13
Had more than 1 stroke or TIA, n (%)	191 (35.7%)	44 (46.3%)	147 (33.4%)	.02
Years since most recent stroke or TIA	1.9 ± 1.4	1.7 ± 1.4	1.9 ± 1.5	.17
Modified Rankin score	2.1 ± 1.4	2.9 ± 1.1	1.9 ± 1.4	<.001
Charlson comorbidity index	3.7 ± 2.2	4.4 ± 2.3	3.5 ± 2.1	.001
SF-12 physical component score	37.9 ± 11.6	32.5 ± 10.1	39.0 ± 11.5	<.0001
Mental health				
Depression score (PHQ-8)	7.3 ± 5.5	13.9 ± 4.8	5.8 ± 4.6	<.0001
Depressed (PHQ-8 ≥ 10), n (%)	159 (29.7%)	74 (77.9%)	85 (19.3%)	<.0001
SF-12 mental component score	47.7 ± 12.5	36.9 ± 10.5	50.0 ± 11.7	<.0001
Emotional social support	488 (91.2%)	79 (83.2%)	409 (93.0%)	.002

Abbreviations: PCL-S, PTSD Checklist Specific for stroke; PHQ-8, Patient Health Questionnaire; SF-12, 12-item Medical Outcomes Short Form Health Survey.

Douleur

Psychosomatics 2014:55:172–178

Published by Elsevier Inc. on behalf of The Academy of Psychosomatic Medicine.

Original Research Reports

Specific Pain Complaints in Iraq and Afghanistan Veterans Screening Positive for Post-Traumatic Stress Disorder

Tobias Moeller-Bertram, M.D., Ph.D., M.A.S., Niloofar Afari, Ph.D., Sheeva Mostoufi, M.S., David S. Fink, M.P.H., Lisa Johnson Wright, Ph.D., Dewleen G. Baker, M.D.

TABLE 2. Unadjusted and Adjusted OR and 95% CI for the Association between PTSD and Pain Complaints

	Unadjusted	Adjusted[a]
Pain Complaints	**OR (95% CI)**	**OR (95% CI)**
Stomach or abdominal pain	4.5 (2.3–9.1)	2.8 (1.3–6.4)
Muscle aches/cramps	3.8 (2.3–6.4)	2.7 (1.5–4.9)
Joint aching or pain	2.3 (1.5–3.5)	2.1
Back pain or spasms	2.1 (1.4–3.2)	1.5 (0.9–2.5)

[a] Adjusted for age, gender, combat injury, and depression.

Santé générale

Santé générale

Journal of Anxiety Disorders 27 (2013) 33–46

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Journal of Anxiety Disorders



Review

The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review

Maria L. Pacella, Bryce Hruska, Douglas L. Delahanty*

Department of Psychology, Kent State University, Kent, OH, United States

Santé générale

Table 3
Weighted mean effect sizes for physical health outcomes.

Physical health outcome	*k*	*r*+	SE	*z* score
General physical symptoms[a]	16	.48	.05	10.33***
General medical conditions[a]	10	.32	.02	18.26***
Physical health-related quality of life[a]	26	−.20	.09	−2.23*
Pain[a]	26	.23	.02	11.89***
Gastrointestinal health[a]	19	.19	.02	8.57***
Cardio-respiratory health[a]	21	.17	.03	7.70***

k = number of studies included in each outcome; *r*+ = weighted effect size; SE = standard error of the weigh
upper bound) of the weighted mean effect size.

[a] Random effects model used.

* $p < .05$.

*** $p < .001$.

ELSEVIER

Journal of Psychosomatic Research 64 (2008) 33–40

Journal of Psychosomatic Research

Trauma, PTSD, and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam veterans

Brian I. O'Toole[a,*], Stanley V. Catts[b]

[a]*ANZAC Research Institute, University of Sydney, Australia*
[b]*Department of Psychiatry, University of Queensland and Royal Brisbane and Women's Hospital Centre for Mental Health, Australia*

Received 15 January 2007; received in revised form 17 May 2007; accepted 18 July 2007

Table 1
ORs and 95% CIs for statistically significant associations of recent health actions and recent and chronic illnesses with combat, dissociation, and PTSD adjusted for potential confounders (Model 1) and for each other (Model 2)

	Prevalence (%)	Combat Model 1 OR (95% CI)	Dissociation Model 1 OR (95% CI)	PTSD Model 1 OR (95% CI)
Health actions in the past 2 weeks				
Hospital outpatient visit	4.8	–	1.21 (1.001, 1.46)*	–
Doctor consultation	23.3	–	–	1.96 (1.21, 3.19)*
Allied health professional visit	14.8	–	1.17 (1.03, 1.32)*	2.62 (1.55, 4.43)*
Days off work	11.3	1.10 (1.03, 1.18)*	1.28 (1.11, 1.50)*	2.22 (1.23, 3.99)*
Days of reduced activity	23.3	1.06 (1.01, 1.12)*	–	2.03 (1.26, 3.27)*
Medications in the past 2 weeks				
Vitamins, minerals	26.2	1.08 (1.03, 1.13)*	–	2.06 (1.30, 3.26)*
Skin creams	39.5	–	1.17 (1.06, 1.29)**	–
Stomach, laxatives	15.4	1.07 (1.01, 1.14)*	–	2.59 (1.50, 4.46)*
Sleeping medication	9.4	–	–	–
Pain medication	50.2	–	1.15 (1.04, 1.27)*	3.99 (2.00, 7.96)**
Tranquilizer medication	8.7	–	1.29 (1.11, 1.50)*	5.71 (2.92, 11.16)**
Recent illness conditions				
Nervous, sensory disease	3.6	–	1.37 (1.08, 1.74)*	–
Heart disease	2.5	1.16 (1.01, 1.33)*	1.37 (1.05, 1.79)*	–
Other circulatory disease	3.9	1.15 (1.03, 1.28)**	1.28 (1.02, 1.60)*	–
Asthma	3.4	–	–	5.38 (1.86 15.55)*
Digestive disease	12.9	1.08 (1.01, 1.15)*	–	2.02 (1.12, 3.65)*
Eczema	7.8	1.09 (1.01, 1.18)*	1.23 (1.05, 1.43)*	2.74 (1.38, 5.44)*
Back disorder	11.5	–	–	2.48 (1.47, 4.16)*
Other musculoskeletal disease	10.9	–	–	2.30 (1.24, 4.28)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	36.0	–	1.13 (1.03, 1.25)*	–
Chronic illness conditions				
Infective and parasitic disease	4.2	1.14 (1.03, 1.26)**	–	–
Endocrine conditions	6.1	–	–	2.67 (1.22, 5.86)*
Hypertension	18.4	–	–	1.86 (1.10, 3.15)*
Respiratory illness	4.5	1.13 (1.001,1.28)*	–	–
Migraine	6.9	–	1.20 (1.003, 1.45)*	–
Rash	6.9	–	–	2.37 (1.13, 4.96)*
Eczema	15.4	1.06 (1.002,1.12)*	–	1.94 (1.15, 3.29)*
Arthritis	15.1	1.06 (1.002, 1.13)*	–	2.05 (1.18, 3.57)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	9.0	–	–	2.69 (1.45, 4.98)*

* $P<.05$.
** $P<.01$.

Table 1
ORs and 95% CIs for statistically significant associations of recent health actions and recent and chronic illnesses with combat, dissociation, and PTSD adjusted for potential confounders (Model 1) and for each other (Model 2)

	Prevalence (%)			
Health actions in the past 2 weeks				
Hospital outpatient visit	4.8			
Doctor consultation	23.3			
Allied health professional visit	14.8			
Days off work	11.3			
Days of reduced activity	23.3			
Medications in the past 2 weeks				
Vitamins, minerals	26.2			
Skin creams	39.5			
Stomach, laxatives	15.4			
Sleeping medication	9.4			
Pain medication	50.2			
Tranquilizer medication	8.7			
Recent illness conditions				
Nervous, sensory disease	3.6			
Heart disease	2.5			
Other circulatory disease	3.9			
Asthma	3.4			
Digestive disease	12.9			
Eczema	7.8			
Back disorder	11.5			
Other musculoskeletal disease	10.9			
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	36.0			
Chronic illness conditions				
Infective and parasitic disease	4.2			
Endocrine conditions	6.1			
Hypertension	18.4			
Respiratory illness	4.5			
Migraine	6.9			
Rash	6.9			
Eczema	15.4			
Arthritis	15.1	1.06 (1.002, 1.13)*	–	2.05 (1.18, 3.57)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	9.0	–	–	2.69 (1.45, 4.98)*

* $P<.05$.
** $P<.01$.

Table 1
ORs and 95% CIs for statistically significant associations of recent health actions and recent and chronic illnesses with combat, dissociation, and PTSD adjusted for potential confounders (Model 1) and for each other (Model 2)

	Prevalence (%)			
Health actions in the past 2 weeks				
Hospital outpatient visit	4.8			
Doctor consultation	23.3			
Allied health professional visit	14.8			
Days off work	11.3			
Days of reduced activity	23.3			
Medications in the past 2 weeks				
Vitamins, minerals	26.2			
Skin creams	39.5			
Stomach, laxatives	15.4			
Sleeping medication	9.4			
Pain medication	50.2			
Tranquilizer medication	8.7			
Recent illness conditions				
Nervous, sensory disease	3.6			
Heart disease	2.5			
Other circulatory disease	3.9			
Asthma	3.4			
Digestive disease	12.9			
Eczema	7.8			
Back disorder	11.5			
Other musculoskeletal disease	10.9			
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	36.0			
Chronic illness conditions				
Infective and parasitic disease	4.2			
Endocrine conditions	6.1			
Hypertension	18.4			
Respiratory illness	4.5			
Migraine	6.9			
Rash	6.9			
Eczema	15.4			
Arthritis	15.1	1.06 (1.002, 1.13)*	–	2.05 (1.18, 3.57)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	9.0	–	–	2.69 (1.45, 4.98)*

* $P<.05$.
** $P<.01$.

Table 1
ORs and 95% CIs for statistically significant associations of recent health actions and recent and chronic illnesses with combat, dissociation, and PTSD adjusted for potential confounders (Model 1) and for each other (Model 2)

	Prevalence (%)	Combat Model 1 OR (95% CI)	Dissociation Model 1 OR (95% CI)	PTSD Model 1 OR (95% CI)
Health actions in the past 2 weeks				
Hospital outpatient visit	4.8	–	1.21 (1.001, 1.46)*	–
Doctor consultation	23.3	–	–	1.96 (1.21, 3.19)*
Allied health professional visit	14.8	–	1.17 (1.03, 1.32)*	2.62 (1.55, 4.43)*
Days off work	11.3	1.10 (1.03, 1.18)*	1.28 (1.11, 1.50)*	2.22 (1.23, 3.99)*
Days of reduced activity	23.3	1.06 (1.01, 1.12)*	–	2.03 (1.26, 3.27)*
Medications in the past 2 weeks				
Vitamins, minerals	26.2	1.08 (1.03, 1.13)*	–	2.06 (1.30, 3.26)*
Skin creams	39.5	–	1.17 (1.06, 1.29)**	–
Stomach, laxatives	15.4	1.07 (1.01, 1.14)*	–	2.59 (1.50, 4.46)*
Sleeping medication	9.4	–	–	–
Pain medication	50.2	–	1.15 (1.04, 1.27)*	3.99 (2.00, 7.96)**
Tranquilizer medication	8.7	–	1.29 (1.11, 1.50)*	5.71 (2.92, 11.16)**
Recent illness conditions				
Nervous, sensory disease	3.6	–	1.37 (1.08, 1.74)*	–
Heart disease	2.5	1.16 (1.01, 1.33)*	1.37 (1.05, 1.79)*	–
Other circulatory disease	3.9	1.15 (1.03, 1.28)**	1.28 (1.02, 1.60)*	–
Asthma	3.4	–	–	5.38 (1.86 15.55)*
Digestive disease	12.9	1.08 (1.01, 1.15)*	–	2.02 (1.12, 3.65)*
Eczema	7.8	1.09 (1.01, 1.18)*	1.23 (1.05, 1.43)*	2.74 (1.38, 5.44)*
Back disorder	11.5	–	–	2.48 (1.47, 4.16)*
Other musculoskeletal disease	10.9	–	–	2.30 (1.24, 4.28)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	36.0	–	1.13 (1.03, 1.25)*	–
Chronic illness conditions				
Infective and parasitic disease	4.2	1.14 (1.03, 1.26)**	–	–
Endocrine conditions	6.1	–	–	2.67 (1.22, 5.86)*
Hypertension	18.4	–	–	1.86 (1.10, 3.15)*
Respiratory illness	4.5	1.13 (1.001,1.28)*	–	–
Migraine	6.9	–	1.20 (1.003, 1.45)*	–
Rash	6.9	–	–	2.37 (1.13, 4.96)*
Eczema	15.4	1.06 (1.002,1.12)*	–	1.94 (1.15, 3.29)*
Arthritis	15.1	1.06 (1.002, 1.13)*	–	2.05 (1.18, 3.57)*
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	9.0	–	–	2.69 (1.45, 4.98)*

* $P<.05$.
** $P<.01$.

Table 1
ORs and 95% CIs for statistically significant associations of recent health actions and recent and chronic illnesses with combat, dissociation, and PTSD adjusted for potential confounders (Model 1) and for each other (Model 2)

	Prevalence (%)	Combat Model 1 OR (95% CI)	Dissociation Model 1 OR (95% CI)	PTSD Model 1 OR (95% CI)
Doctor consultation	23.3	–	–	1.96 (1.21, 3.19)*
Skin creams	39.5	–	1.17 (1.06, 1.29)**	–
Pain medication	50.2	–	1.15 (1.04, 1.27)*	3.99 (2.00, 7.96)**
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	36.0	–	1.13 (1.03, 1.25)*	–

* $P<.05$.
** $P<.01$.

TCA

Child Abuse & Neglect 45 (2015) 154–162

Contents lists available at ScienceDirect

Child Abuse & Neglect



Research article

Associations between body mass index, post-traumatic stress disorder, and child maltreatment in young women☆

Alexis E. Duncan[a,b,c,*], Carolyn E. Sartor[b,d], Melissa Jonson-Reid[a], Melissa A. Munn-Chernoff[b,c], Michaela A. Eschenbacher[f], Elizabeth W. Diemer[a], Elliot C. Nelson[b,c], Mary Waldron[b,e], Kathleen K. Bucholz[b,c], Pamela A.F. Madden[b,c], Andrew C. Heath[b,c]

[a] George Warren Brown School of Social Work, Washington University, St. Louis, MO, USA
[b] Midwest Alcoholism Research Center, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA
[c] Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA
[d] Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA
[e] School of Education, Indiana University, Bloomington, IN, USA
[f] E. Kenneth Hatton Institute for Research and Education, Cincinnati, OH, USA

TCA

TCA

Table 3
Prevalence of child abuse and neglect and post-traumatic stress disorder among 3,699 young adult women by BMI category.

	Underweight $n = 240$	Normal weight $n = 2,295$	Overweight $n = 667$	Obese $n = 497$	p-Value
Sexual abuse	13.75	9.02	14.69	25.35	<.001
Physical abuse	17.92	16.95	25.64	31.19	<.001
Neglect	4.17	1.83	3.60	6.04	<.001
Number of maltreatment forms reported					<.001
0	71.67	77.78	66.57	57.34	
1	22.92	17.17	24.14	26.56	
2	3.33	4.53	8.19	12.27	
3	2.08	0.52	1.20	3.82	
Post-traumatic stress disorder	4.17	2.57	5.85	7.44	<.001

Articles

Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies

Alex J Mitchell, Melissa Chan, Henna Bhatti, Marie Halton, Luigi Grassi, Christoffer Johansen, Nicholas Meader

Lancet Oncol 2011; 12: 160–74

Summary

Background Substantial uncertainty exists about prevalence of mood disorders in patients with cancer, including those

La dépression

	Palliative-care settings			Oncological and haematological settings		
	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)	Number of studies	Prevalence (95% CI)	Heterogeneity I^2 (95% CI)
Unitary diagnoses						
Depression (DSM major depression or ICD major depressive episode)	23	16·5% (13·1–20·3)	86·8% (81·7–89·9)	66	16·3% (13·4–19·5)	93·5% (92·6–94·2)
Depression (DSM major depression only)	18	14·3% (11·1–17·9)	83·9% (75·7–88·4)	52	14·9% (12·2–17·7)	89·8% (87·8–91·4)
Depression (DSM minor depression only)	6	9·6% (3·6–18·1)	92·8% (87·6–95·2)	4	19·2% (9·1–31·9)	89·4% (72·6–94·1)
Adjustment disorder	5	15·4% (10·1–21·6)	70·6% (0–86·4)	23	19·4% (14·5–24·8)	92·3% (90·2–93·8)
Anxiety disorders	6	9·8% (6·8–13·2)	75·3% (25·2–87·3)	16	10·3% (5·1–17·0)	96·4% (95·5–97)
Dysthymia	2	Insufficient sample	Insufficient sample	11	2·7% (1·7–4·0)	51·1% (0–73·8)
Combination diagnoses*						
Any depression (Major or minor or dysthymia)	7	24·6% (17·5–32·4)	89·2% (80·1–93·1)	12	20·7% (12·9–29·8)	95·5% (94·1–96·4)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder	5	24·7% (20·8–28·8)	20·4% (0–70·9)	22	31·6% (25·0–38·7)	93·3% (91·5–94·5)
Depression (DSM or ICD) or adjustment disorder or anxiety	4	29·0% (10·1–52·9)	97·4% (96·2–98·2)	17	38·2% (28·4–48·6)	97·4% (96·8–97·8)

Heterogeneity interpretation I^2 greater than 80%–moderate, I^2 greater than 90%–high. DSM–diagnostic and statistical manual of mental health. ICD–international classification of diseases. *Primary studies where combination diagnoses were measured.

Table 2: **Summary of depression prevalence and heterogeneity findings**

- Schématiquement, on peut retenir qu'environ des patients cancéreux vont souffrir au cours de leur maladie d'un syndrome dépressif et d'un épisode mélancolique avec une prévalence augmentant lors des cancers en phase avancée et palliative jusqu'à près de 77 % en phase terminale (Fisch, 2014 ; Wilson & al., 2007)

- Schématiquement, on peut retenir qu'environ 25 % des patients cancéreux vont souffrir au cours de leur maladie d'un syndrome dépressif et 5 à 6 % d'un épisode mélancolique avec une prévalence augmentant lors des cancers en phase avancée et palliative jusqu'à près de 77 % en phase terminale (Fisch, 2014 ; Wilson & al., 2007)

- Schématiquement, on peut retenir qu'environ 25 % des patients cancéreux vont souffrir au cours de leur maladie d'un syndrome dépressif et 5 à 6 % d'un épisode mélancolique avec une prévalence augmentant lors des cancers en phase avancée et palliative jusqu'à près de 77 % en phase terminale (Fisch, 2014 ; Wilson & al., 2007)

- Certaines localisations tumorales sont plus à même d'être associées à un taux de prévalence plus élevé d'épisodes dépressifs (Massie, 2014).

- Schématiquement, on peut retenir qu'environ 25 % des patients cancéreux vont souffrir au cours de leur maladie d'un syndrome dépressif et 5 à 6 % d'un épisode mélancolique avec une prévalence augmentant lors des cancers en phase avancée et palliative jusqu'à près de 77 % en phase terminale (Fisch, 2014 ; Wilson & al., 2007)

- Certaines localisations tumorales sont plus à même d'être associées à un taux de prévalence plus élevé d'épisodes dépressifs (Massie, 2014).

Oropharyngée (22–57 %)

Pancréatique (33–50 %)

Pulmonaire (11–44 %)

Mammaire(15–46 %)

Gynécologique (12–23 %)

Les lymphomes(8–19 %)

L'anxiété

Dans une méta-analyse (144 études) parue dans *The Lancet Oncology*, Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12.8% à 23.6%) vs sujets contrôle (9.8% à 18.5%)

L'anxiété

Dans une méta-analyse (144 études) parue dans *The Lancet Oncology*, Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12.8% à 23.6%) vs sujets contrôle (9.8% à 18.5%)

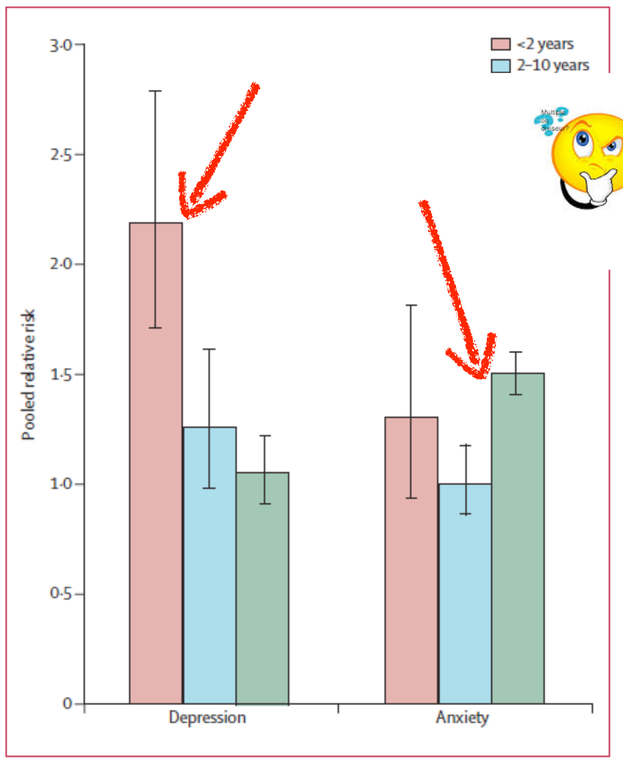


Figure 3: **Risks of depression and anxiety by time since diagnosis of cancer in patients versus healthy controls**
Error bars are 95% CIs.

L'anxiété

Dans une méta-analyse (144 études) parue dans *The Lancet Oncology*, Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12.8% à 23.6%) vs sujets contrôle (9.8% à 18.5%)

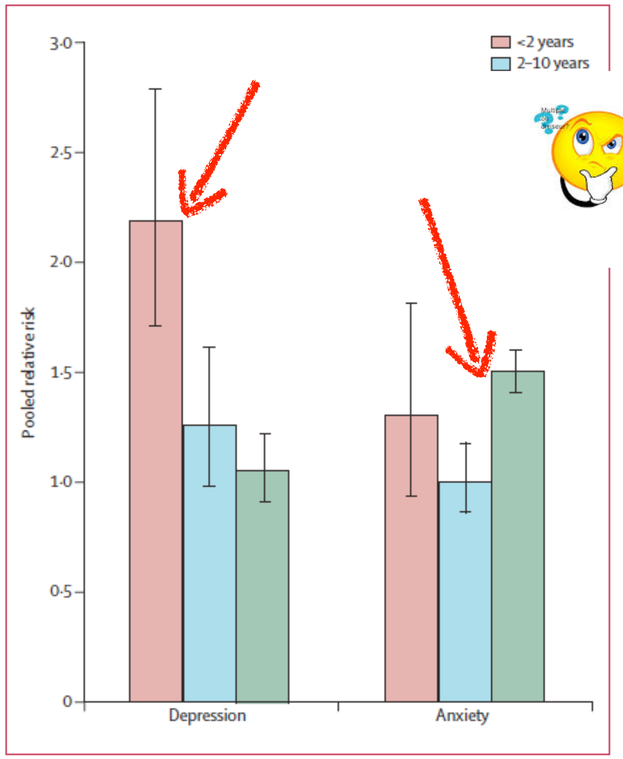


Figure 3: **Risks of depression and anxiety by time since diagnosis of cancer in patients versus healthy controls**
Error bars are 95% CIs.

Il apparait dans cette étude que c'est l'anxiété plutôt que la dépression qui devient un problème sur le long terme.

L'anxiété

Dans une méta-analyse (144 études) parue dans *The Lancet Oncology*, Mitchell et al. (2013) ont montré que les troubles anxieux étaient particulièrement importants chez les malades du cancer (12.8% à 23.6%) vs sujets contrôle (9.8% à 18.5%)

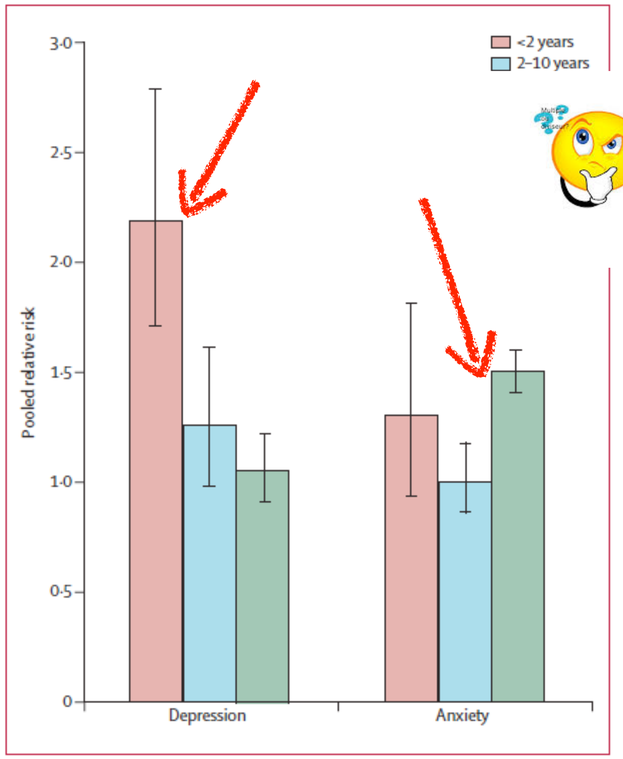


Figure 3: **Risks of depression and anxiety by time since diagnosis of cancer in patients versus healthy controls**
Error bars are 95% CIs.

Il apparait dans cette étude que c'est l'anxiété plutôt que la dépression qui devient un problème sur le long terme.

C'est vrai pour les patients et leurs conjoints.

Il convient de distinguer

Il convient de distinguer

1. Les réactions normales de tristesse, de vulnérabilité, de crainte, voire de désespoir, qui sont intégrées dans un processus normal d'adaptation à la maladie cancéreuse et à ses thérapeutiques plus ou moins invalidantes, avec une résolution spontanée.

Il convient de distinguer

1. Les réactions normales de tristesse, de vulnérabilité, de crainte, voire de désespoir, qui sont intégrées dans un processus normal d'adaptation à la maladie cancéreuse et à ses thérapeutiques plus ou moins invalidantes, avec une résolution spontanée.

2. Les troubles dépressifs caractérisés par une chronicité, une intensité et une permanence des symptômes (depuis au moins une quinzaine de jours), qui constituent une entrave à la vie quotidienne avec des répercussions sur la vie sociale, affective, relationnelle sans résolution spontanée.

Le Trouble de Stress Posttraumatique

Le Trouble de Stress Posttraumatique

- Le taux de prévalence de l'ESPT est estimé de *4% à 19%* dans la cas du cancer du sein (*Institute of Medicine*, 2012)

Le Trouble de Stress Posttraumatique

- Le taux de prévalence de l'ESPT est estimé de *4% à 19%* dans la cas du cancer du sein (*Institute of Medicine*, 2012)

- Dans une étude (Amir & *al.*, 2002) contrôlée (malades/sujets sains) réalisée 5 ans après le diagnostic du cancer du sein, on observe une qualité de vie inférieure chez les malades, ainsi que plus de symptômes d'ESPT (18% complet et 56% partiel).

Psycho-Oncology
Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer

Psycho-Oncology
Psycho-Oncology **24:** 371–381 (2015)
Published online 22 August 2014 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). **DOI**: 10.1002/pon.3654

Review

A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder

Gareth Abbey[1]*, Simon B. N. Thompson[1], Tamas Hickish[2,3] and David Heathcote[1]
[1]*Faculty of Science & Technology, Psychology Research Centre, Bournemouth University, Talbot Campus, Poole, UK*
[2]*The Royal Bournemouth and Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust, Bournemouth, Dorset, UK*
[3]*School of Healthcare Sciences, Psychology Research Centre, Bournemouth University, Talbot Campus, Poole, UK*

- Le cancer est une expérience suffisamment traumatique pour induire chez une minorité de malade (5% à 12%) du cancer un ESPT.
- Les malades plus jeunes ou avec une maladie à un stade avancé semblent les plus à risque.

Relationship Between Distressing Cancer-Related Recollections and Hippocampal Volume in Cancer Survivors

Tomohito Nakano, M.D.

Marcus Wenner, Ph.D.

Masatoshi Inagaki, M.D., Ph.D.

Akira Kugaya, M.D., Ph.D.

Tatsuo Akechi, M.D., Ph.D.

Yutaka Matsuoka, M.D.

Yuriko Sugahara, M.D.

Shigeru Imoto, M.D., Ph.D.

Koji Murakami, M.D., Ph.D.

Yosuke Uchitomi, M.D., Ph.D.

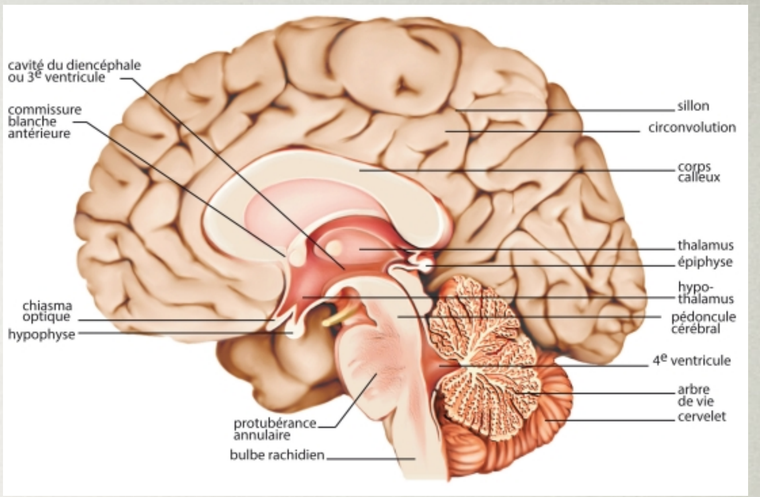
Objective: Having cancer is extremely stressful, and distressing cancer-related recollections are frequently reported by cancer survivors. Smaller hippocampal volume has been observed in stress-related neuropsychiatric disorders, such as posttraumatic stress disorder (PTSD) and major depression. The aim of this study was to determine whether there is a similar association between distressing cancer-related recollections and hippocampal volume.

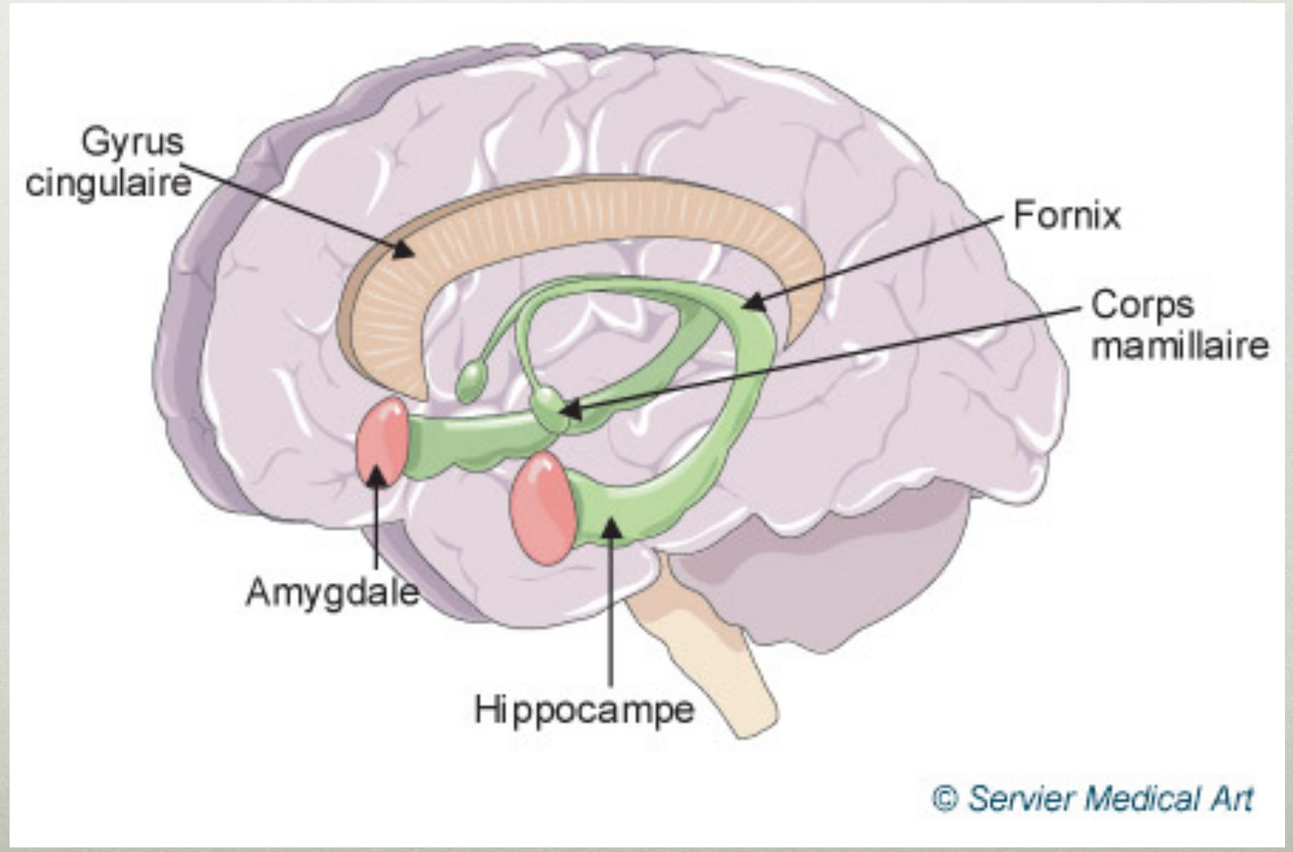
Method: The subjects were 67 women who had had breast cancer surgery 3 or more years earlier and had no history of PTSD or major depression before the cancer. Each woman was evaluated with a semistructured interview to determine whether she had a history of distressing cancer-related recollections. Hippocampal volume was measured by three-dimensional magnetic resonance imaging, and memory function was assessed by the Wechsler Memory Scale—Revised.

Results: The volume of the left hippocampus was significantly smaller (5%) in the subjects with a history of distressing cancer-related recollections (N=28) than in those without any such history (N=39). There was no significant difference in right hippocampal volume or whole brain volume measured as a control. There were no significant differences in delayed memory or percentage retention. However, significantly worse immediate visual memory, but not verbal memory, was observed in the subjects with a history of distressing cancer-related recollections.

Conclusions: Having distressing cancer-related recollections is associated with smaller left hippocampal volume in survivors of breast cancer.

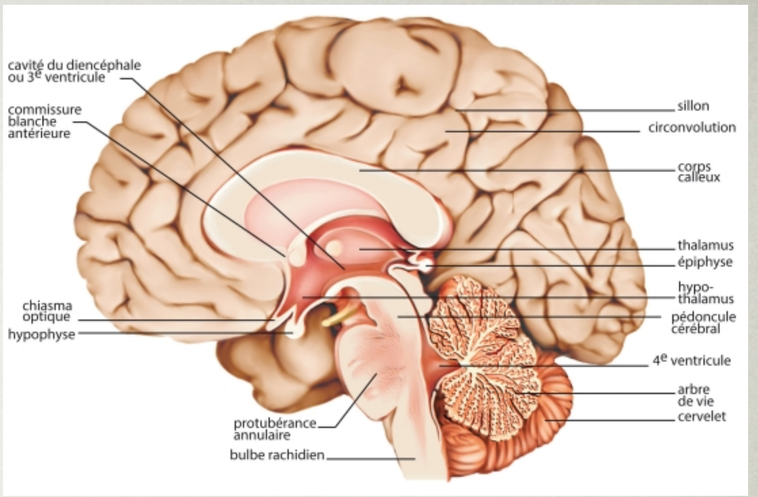
(Am J Psychiatry 2002; 159:2087–2093)


cavité du diencéphale ou 3e ventricule
commissure blanche antérieure
chiasma optique
hypophyse
protubérance annulaire
bulbe rachidien
sillon
circonvolution
corps calleux
thalamus
épiphyse
hypo-thalamus
pédoncule cérébral
4e ventricule
arbre de vie
cervelet


Gyrus cingulaire
Fornix
Corps mamillaire
Amygdale
Hippocampe
© Servier Medical Art

Amygdale = peur

Hippocampe = La récupération en mémoire épisodique, prise en compte du contexte et de la signification, inscription temporelle des événements, inscription spatiale des événements.



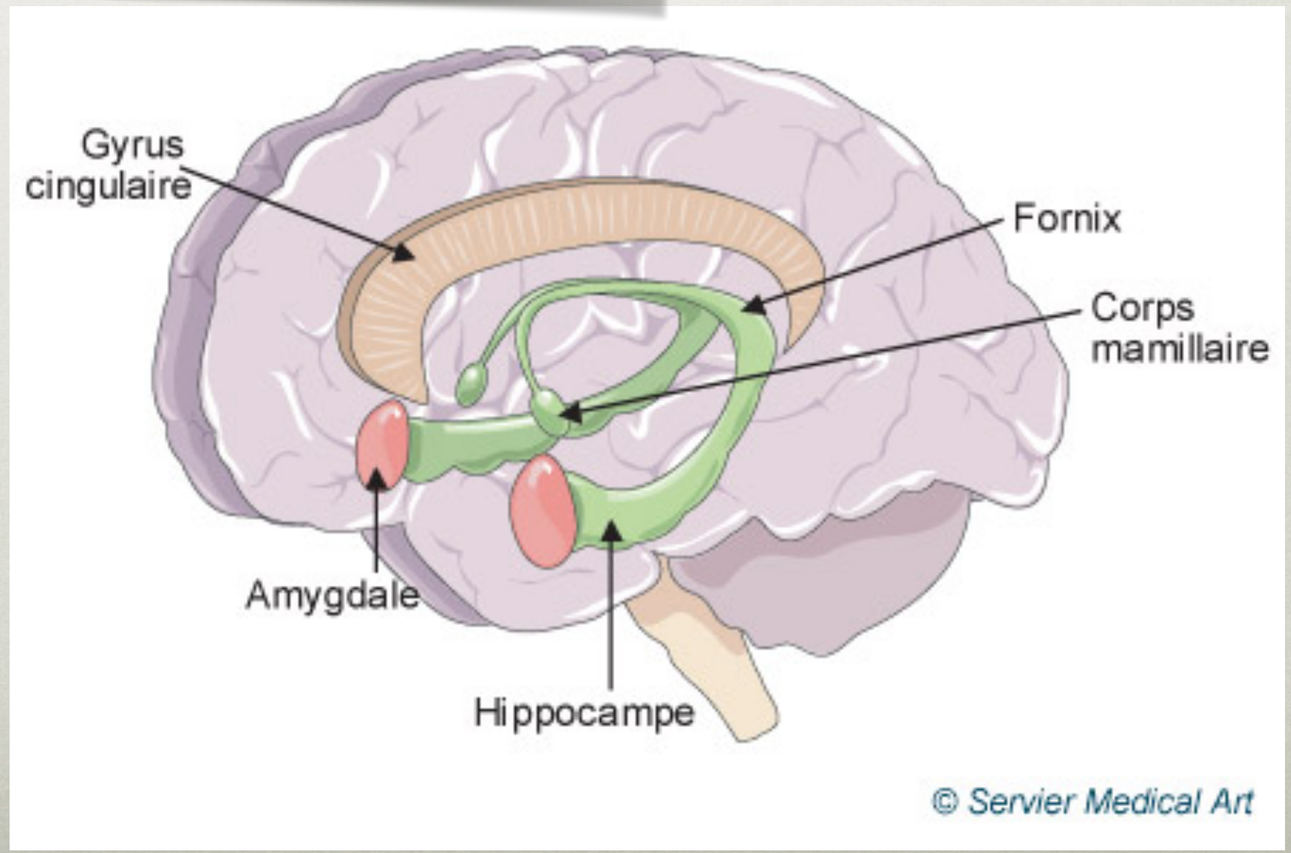
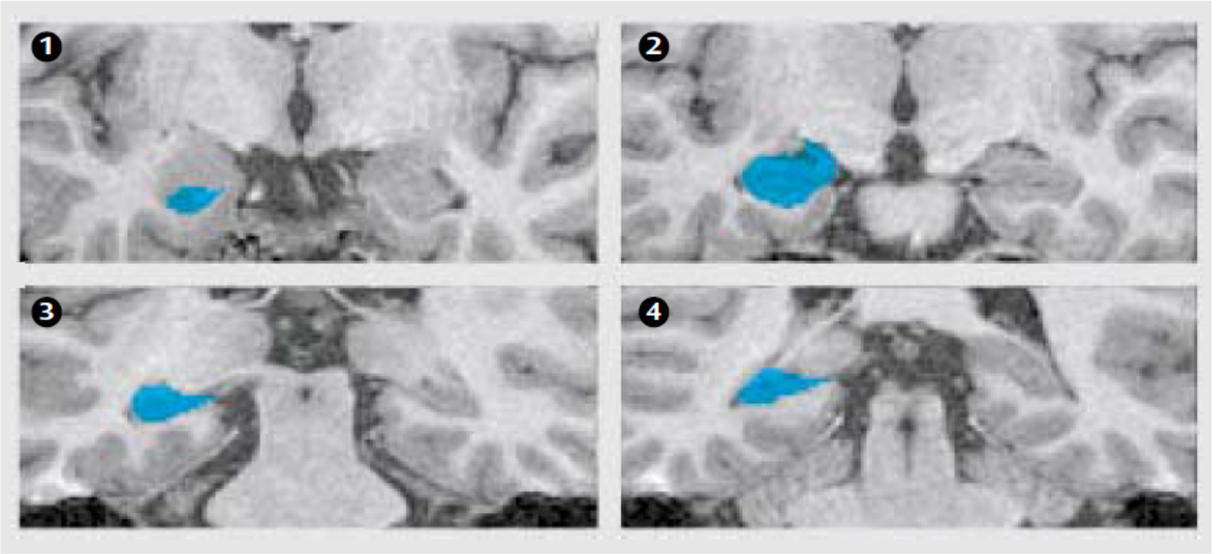


TABLE 1. Characteristics of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections

Characteristic	History of Distressing Cancer-Related Recollections: Present (N=28)		Absent (N=39)		Difference Between Groups[a]
	Mean	SD	Mean	SD	p
Age (years)	49	6	48	5	0.81
Height (cm)	156	5	157	6	0.72
Education (years)	13	2	13	2	0.86
Alcohol consumption (years×g/week)	584	1,557	468	1,037	0.72
Time since surgery (days)	1,617[b]	363	1,534[b]	268	0.28
Cumulative duration of major depressive episodes after cancer (weeks)	4.9	13	1.4	5	0.11
	N	%	N	%	p
History of major depression after cancer	8	29	7	18	0.30
History of PTSD after cancer	1	4	0	0	—
History of intrusive recollections before cancer	10	36	7	18	0.10
History of traumatic events before cancer	15	54	19	49	0.70

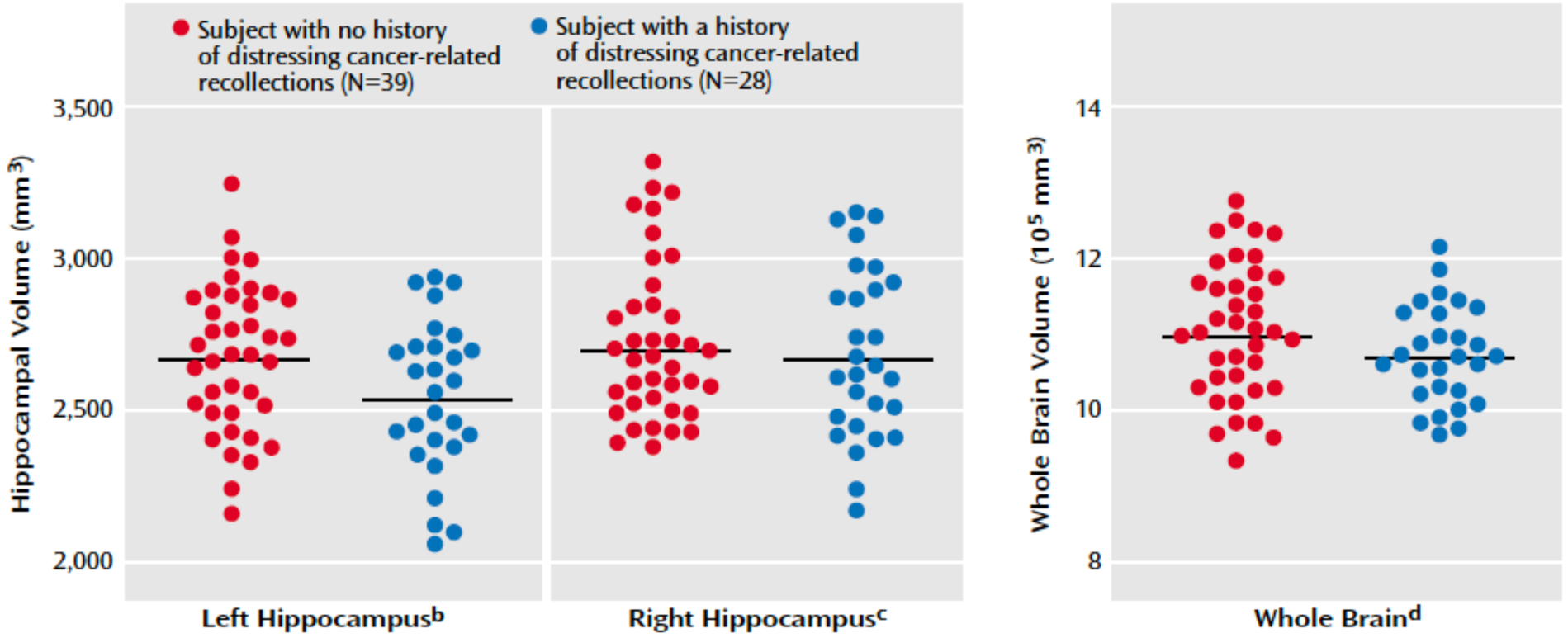
[a] Differences in continuous variables were analyzed by two-tailed Student's t tests. Differences in categorical variables were analyzed by chi-square tests.
[b] This level of consumption would be approximately equivalent to 80–100 ml of beer per day over a duration of 16 years.

FIGURE 1. Boundaries of the Hippocampus Used in a Study of the Relationship of MRI-Derived Hippocampal Volume to History of Distressing Cancer-Related Recollections[a]



[a] Selected images from a breast cancer survivor illustrating the boundaries of the hippocampal formation from anterior limits (panel 1) through posterior limits (panel 4). The blue objects indicate the hippocampal formation. It contains the Ammon's horn, dentate gyrus, fimbria, and subiculum. The anterior end slice was defined as the final slice on which the white alveus surrounding the remaining knuckles of the hippocampal head remains visible (panel 1). The posterior end slice of the hippocampal tail was defined as the slice in which the crus of the fornix is the longest on a coronal section (panel 4).

FIGURE 2. Hippocampal Volumes of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections[a]



[a] Horizontal bars indicate mean volumes.

TABLE 2. Performance on the Wechsler Memory Scale—Revised (WMS-R) of Women With a History of Breast Cancer Surgery Who Did or Did Not Have a History of Distressing Cancer-Related Recollections

	History of Cancer-Related Recollections					
	Present (N=28)		Absent (N=39)		ANOVA	
WMS-R Measure	Mean	SD	Mean	SD	F (df=1, 65)	p
Primary indexes						
Attention/concentration	93.5	18.1	97.7	10.4	1.47	0.23
Immediate visual memory	97.3	11.7	105.5	10.1	9.39	0.003
Immediate verbal memory	95.2	15.1	98.9	15.6	0.91	0.35
Delayed memory	99.3	12.1	104.3	12.3	2.79	0.10
Scale scores						
Attention/concentration	64.5	8.1	65.2	7.7	0.13	0.72
Immediate visual memory	56.0	5.6	59.9	4.8	9.30	0.003
Immediate verbal memory	60.1	17.0	64.0	17.2	0.84	0.36
Delayed visual memory	45.9	5.4	47.9	5.6	2.17	0.15
Delayed verbal memory	31.3	8.9	33.7	8.6	1.31	0.26
Percentage retention (delayed/immediate memory×100)						
Visual memory	82.0	8.2	80.0	8.8	0.90	0.35
Verbal memory	52.1	5.7	53.0	5.0	0.53	0.47

Maladies graves et mécanismes psychiques

« La maladie peut être définie comme l'ébranlement du processus vital qui va engendrer une situation spécifique de lutte entre d'un coté des agents pathogènes tendant à détruire le vivant et, de l'autre, des forces de réparation, d'adaptation orientées vers la guérison. » (Fischer, 1997)

« La maladie peut être définie comme l'ébranlement du processus vital qui va engendrer une situation spécifique de lutte entre d'un coté des agents pathogènes tendant à détruire le vivant et, de l'autre, des forces de réparation, d'adaptation orientées vers la guérison. » (Fischer, 1997)



Si, aujourd'hui, le pronostic final des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, et n'implique plus systématiquement la mort,…



Si, aujourd'hui, le pronostic final des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, et n'implique plus systématiquement la mort,…



cancer

résonne

condamnation

mort

Si, aujourd'hui, le pronostic final des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, et n'implique plus systématiquement la mort,…



Cependant, pour les malades atteints d'un **cancer**, ce mot **résonne** en eux comme une **condamnation** car le cancer est pour eux synonyme de **mort** à brève échéance.

Si, aujourd'hui, le pronostic final des cancers est très variable, suivant le type de tumeur, son stade de développement, et n'implique plus systématiquement la mort,…



Cependant, pour les malades atteints d'un **cancer**, ce mot **résonne** en eux comme une **condamnation** car le cancer est pour eux synonyme de **mort** à brève échéance.

Le cancer génère un sentiment de vulnérabilité, une perte de contrôle et d'autonomie ainsi qu'un sentiment de désespoir (Kenne & al. 2013), en plus d'une symptomatologie purement post-traumatique : pensées intrusives, phénomène d'évitement et augmentation de l'hyperactivation

Avec la maladie, l'individu est brutalement confronté au fait qu'il va mourir; il doit affronter cette réalité qui était précédemment pour lui à proprement parler IMPENSABLE.

Cet impensable rend impossible une représentation de notre propre mort.

C’est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la **toile de fond du cancer**, elle s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversements. Deux aspects peuvent être retenus:

C’est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la **toile de fond du cancer**, elle s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversements. Deux aspects peuvent être retenus:

- Modification de l’image corporelle
- Changement dans les relations aux autres

C’est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la **toile de fond du cancer**, elle s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversements. Deux aspects peuvent être retenus:

Modification de l’image corporelle

Changement dans les relations aux autres

Enfants, adolescent, adultes ou personne âgée

Pronostic

Stade de la maladie

C’est la confrontation à sa propre mort, qui constitue en quelque sorte la **toile de fond du cancer**, elle s'accompagne par ailleurs d'un ensemble de bouleversements. Deux aspects peuvent être retenus:

Modification de l’image corporelle

Changement dans les relations aux autres

Enfants, adolescent, adultes ou personne âgée

Pronostic

Stade de la maladie

Des conséquences et des effets différents en fonction

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

La temporalité

Une autre manière de vivre le temps, le temps ordinaire est stoppé, notre temps est compté.

La conscience soudaine de la fragilité de la vie est une manière de réaliser que le temps qui passe, donne la mesure du temps qui reste à vivre ; à travers elle, **l'individu fait l'expérience éprouvante de sa propre finitude.**

Se trouve battue en brèche notre **illusion d'immortalité** qui nous protège contre cette vérité insupportable : notre vie a une fin.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

La temporalité

Une autre manière de vivre le temps, le temps ordinaire est stoppé, notre temps est compté.

La conscience soudaine de la fragilité de la vie est une manière de réaliser que le temps qui passe, donne la mesure du temps qui reste à vivre ; à travers elle, **l'individu fait l'expérience éprouvante de sa propre finitude.**



Se trouve battue en brèche notre **illusion d'immortalité** qui nous protège contre cette vérité insupportable : notre vie a une fin.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'identité

Du fait de leur confrontation à la mort, les individus se trouvent dépouillés de toutes les coquilles protectrices qui assurent stabilité et les insèrent dans des trames qui balisent leur chemin, leur imposent ce qu'ils ont à faire et leur renvoient une image de ce qu'ils sont.

Elle brise une identité acquise par les apprentissages sociaux sur le mode du **prêt-à-porter social**

Les mécanismes de déstructuration de l'identité : mise en **morceaux des valeurs** qui fondent la vie de chacun.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'identité

Du fait de leur confrontation à la mort, les individus se trouvent dépouillés de toutes les coquilles protectrices qui assurent stabilité et les insèrent dans des trames qui balisent leur chemin, leur imposent ce qu'ils ont à faire et leur renvoient une image de ce qu'ils sont.

Elle brise une identité acquise par les apprentissages sociaux sur le mode du **prêt-à-porter social**



Les mécanismes de déstructuration de l'identité : mise en **morceaux des valeurs** qui fondent la vie de chacun.

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'éclatement du système des valeurs

L'expérience de l'extrême est une expérience de survie qui pose la question de l'adaptation en des termes inédits….?

Ici, les moyens habituels à la disposition de l'individu sont **défaillants** ; il doit donc mobiliser **des ressources** qui, par définition, sont absentes.

L'extrême se trouve être un creuset de l'expérience humaine où se forge une **faculté inédite de l'adaptation.**

Situation extrême = fractures dans l'expérience de vivre.

L'éclatement du système des valeurs

L'expérience de l'extrême est une expérience de survie qui pose la question de l'adaptation en des termes inédits….?

Ici, les moyens habituels à la disposition de l'individu sont **défaillants** ; il doit donc mobiliser **des ressources** qui, par définition, sont absentes.



L'extrême se trouve être un creuset de l'expérience humaine où se forge une **faculté inédite de l'adaptation.**


Wellcome Images

- Un événement apparemment simple (situation de malade) peut devenir le déclencheur d'un vaste ensemble de réseaux neuronaux chargés en affect négatif non encore métabolisé.

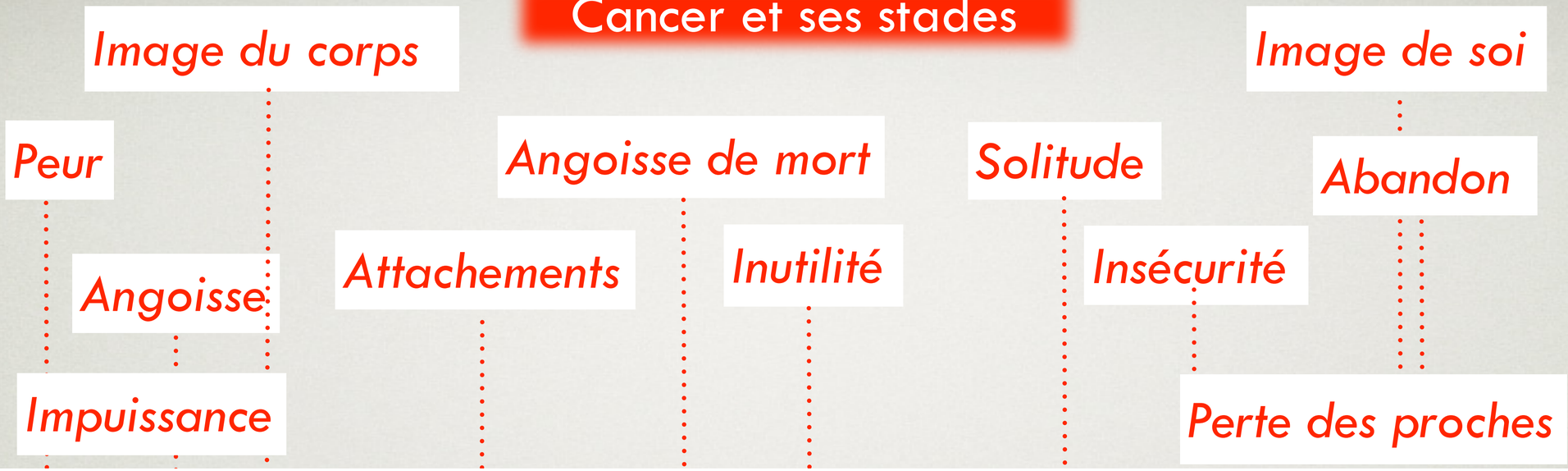


- Un événement apparemment simple (situation de malade) peut devenir le déclencheur d'un vaste ensemble de réseaux neuronaux chargés en affect négatif non encore métabolisé.



- Plusieurs réseaux traumatiques à forte charge émotionnelle qui s'activent en même temps risquent de mener au mieux au blocage, au pire à une déstabilisation majeure.

Cancer et ses stades



Cancer et ses stades

Image du corps

Peur

Angoisse

Impuissance

Angoisse de mort

Attachements

Inutilité

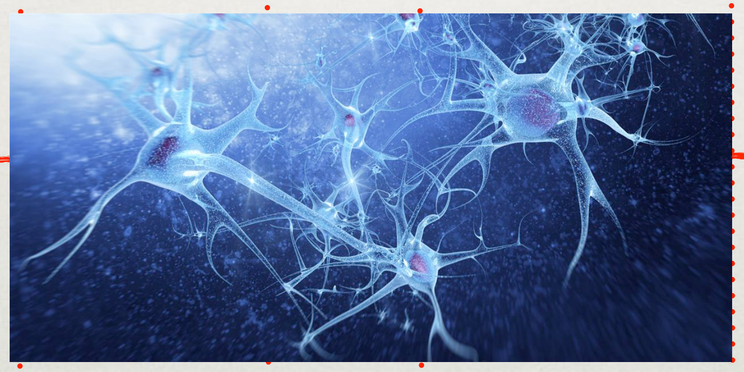
Solitude

Insécurité

Image de soi

Abandon

Perte des proches



Impuissance

Angoisse

Peur

Image du corps

Attachements

Inutilité

Angoisse de mort

Solitude

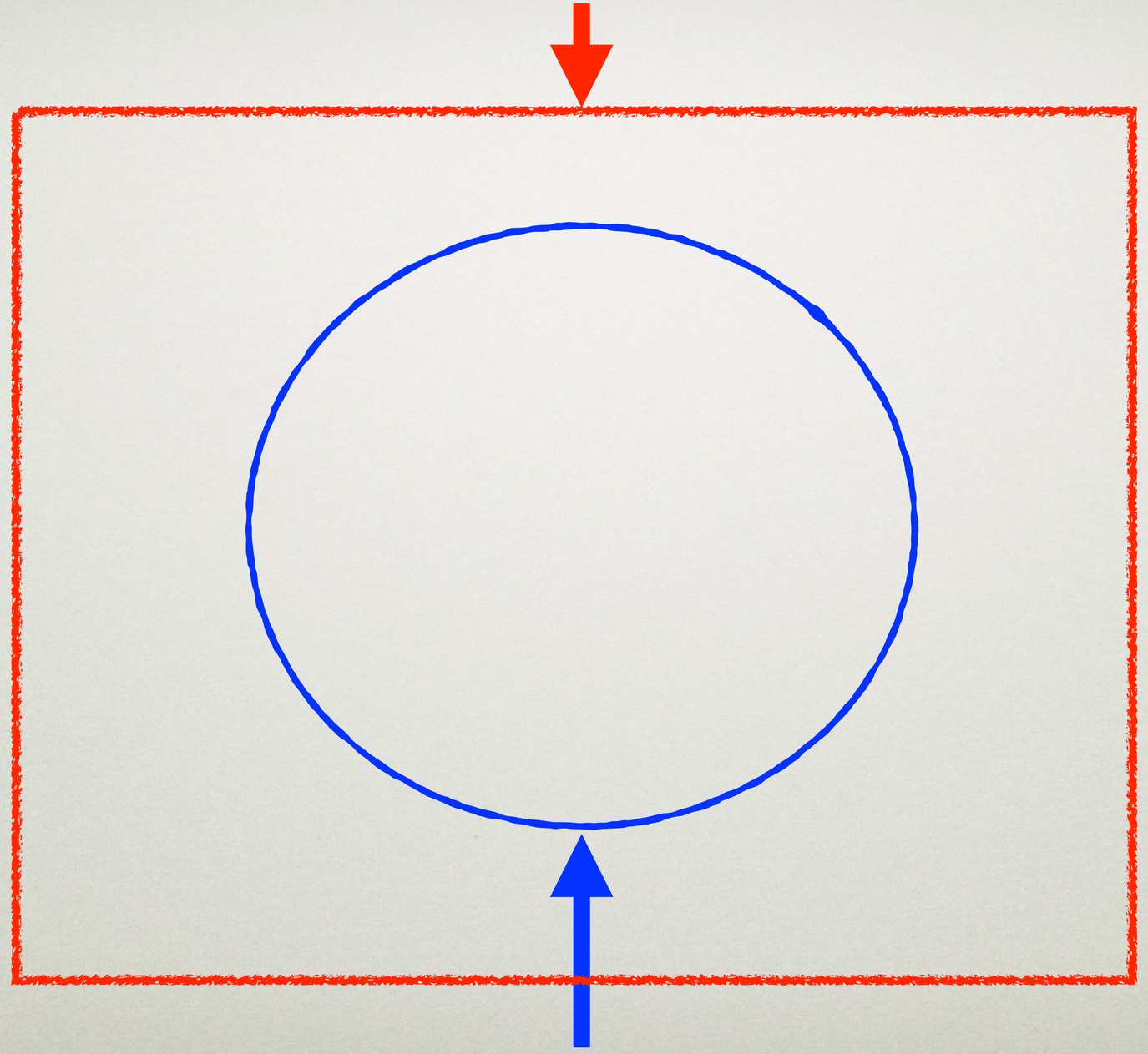
Insécurité

Perte des proches

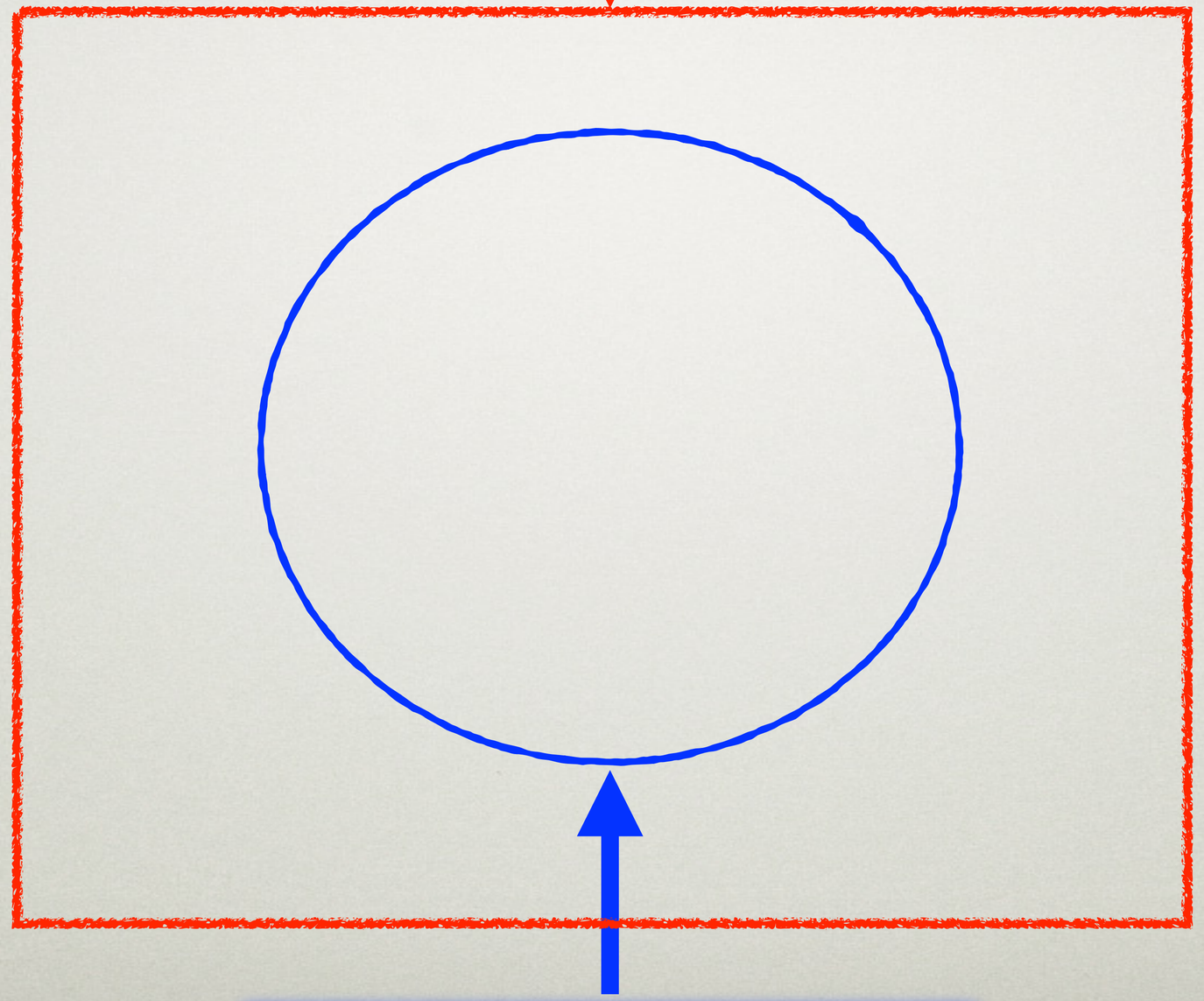
Abandon

Image de soi

Histoire(s) et passé

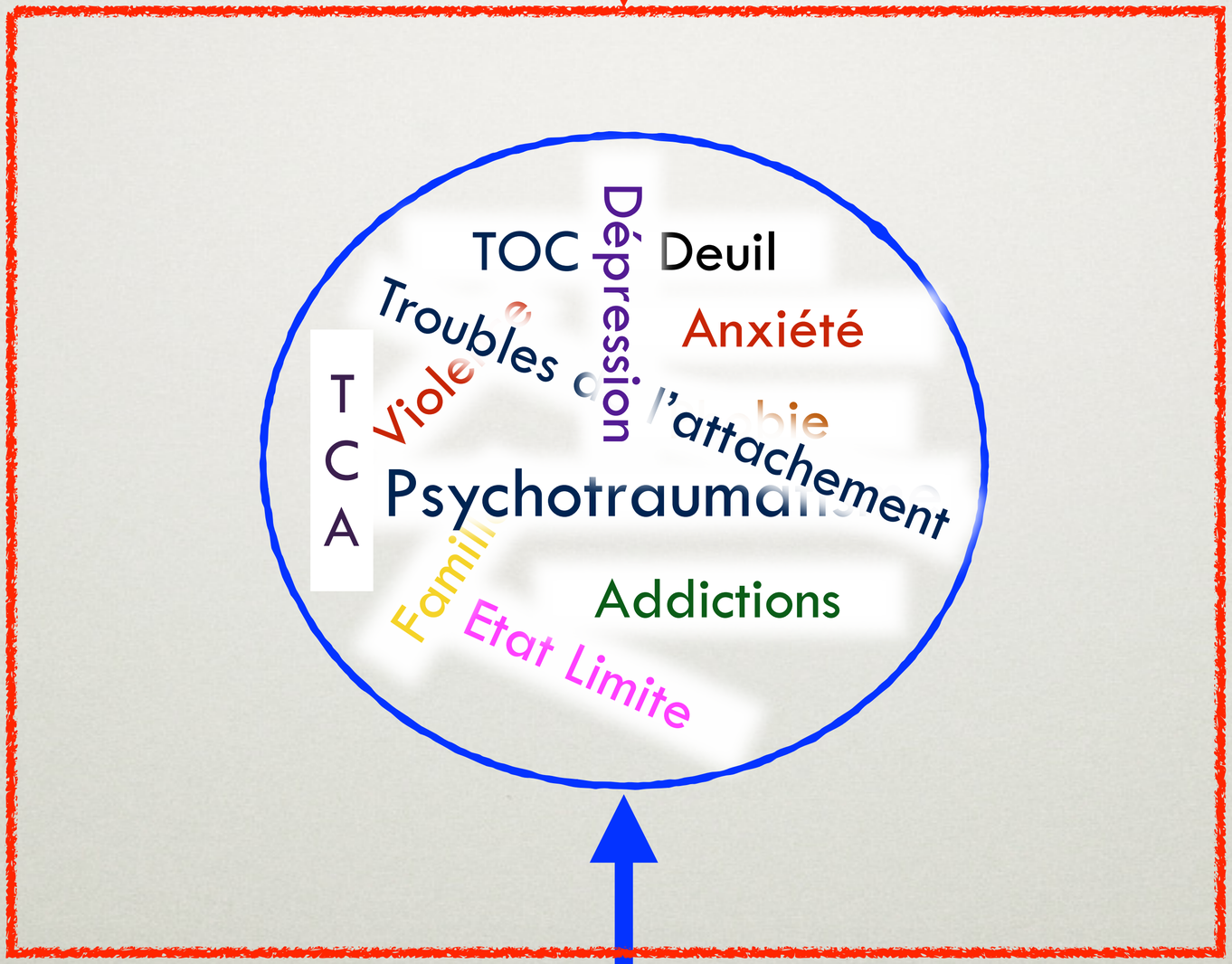


Psychopathologie du cancer et ses stades



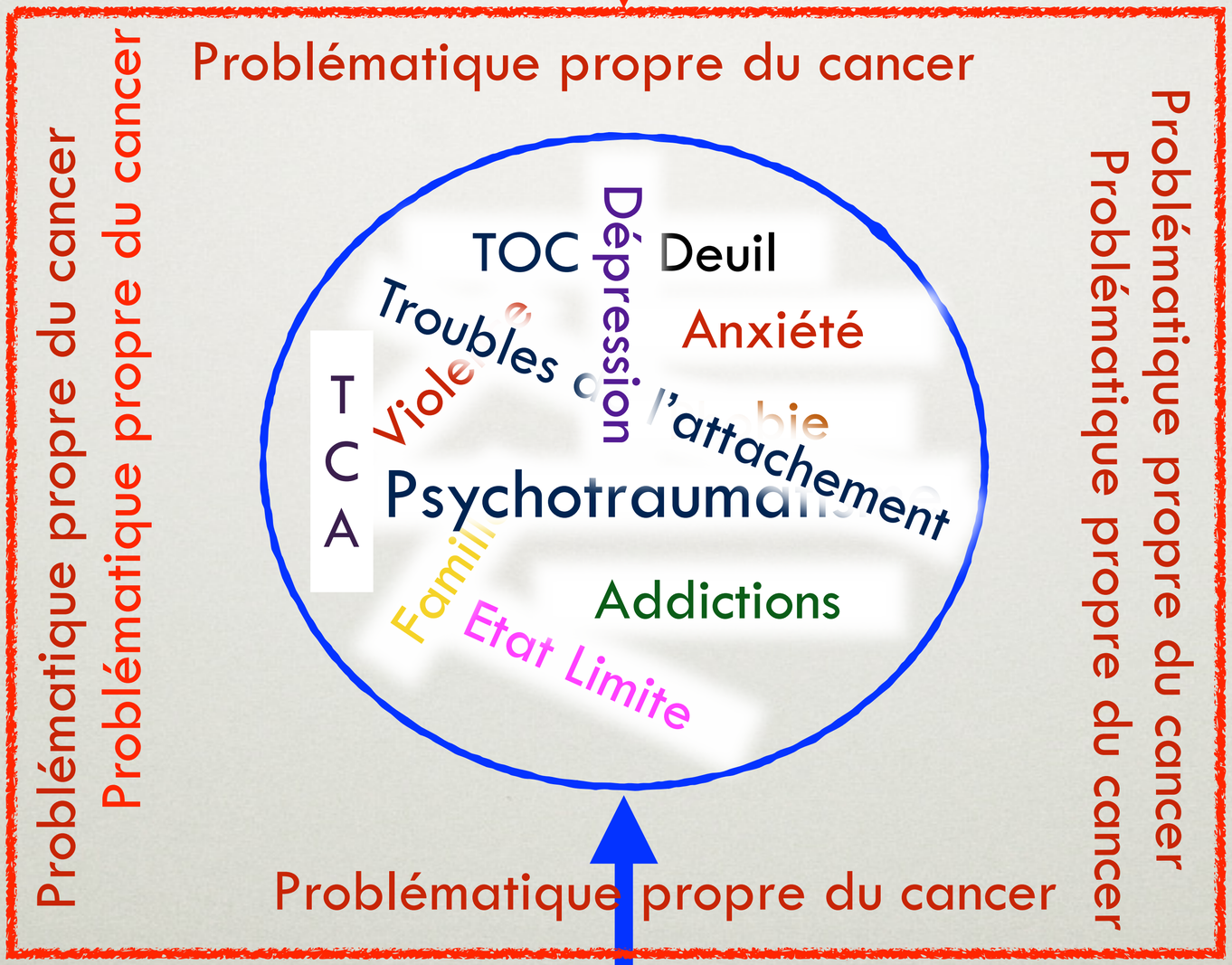
Psychopathologie générale

Psychopathologie du cancer et ses stades

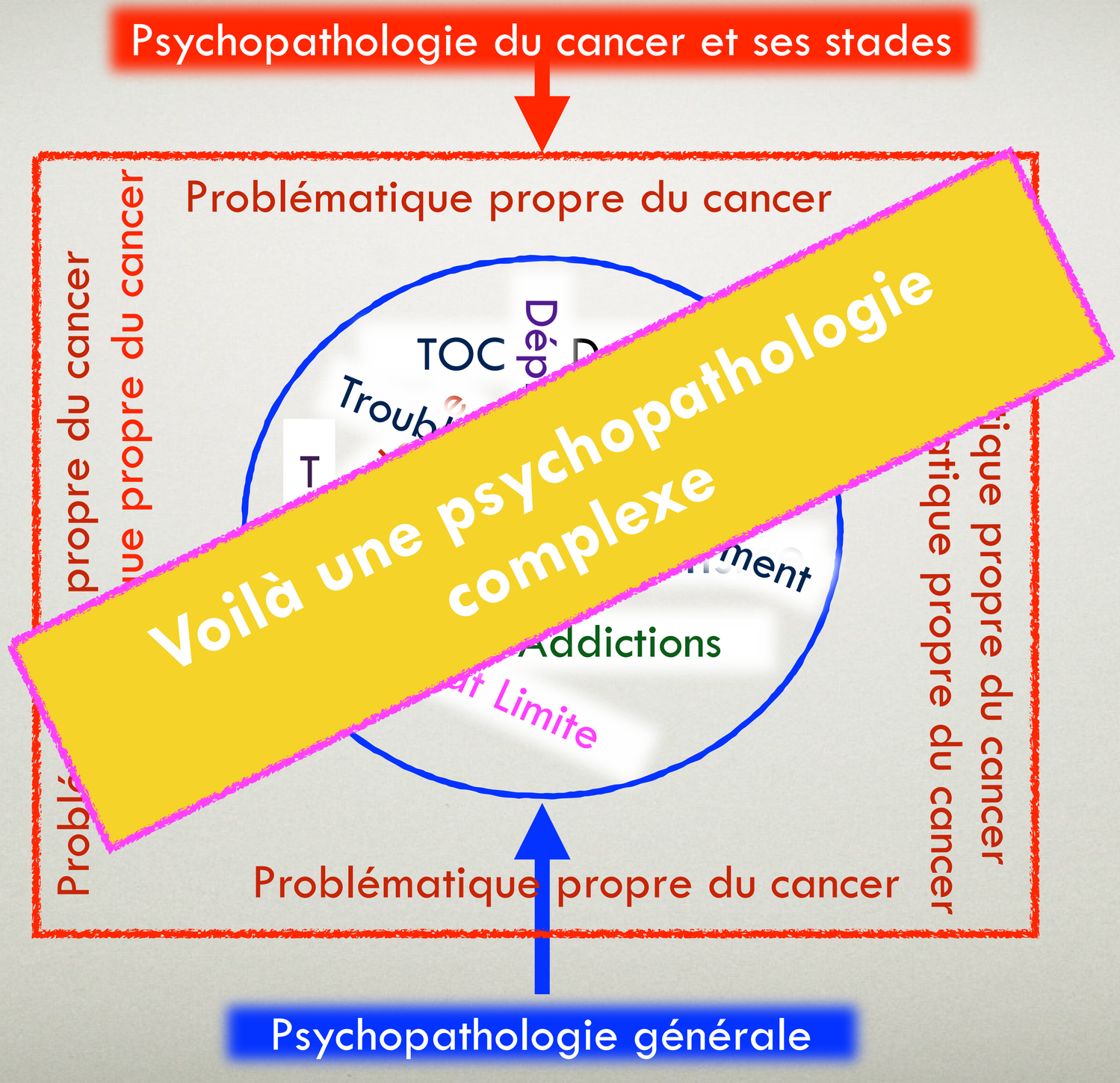


Psychopathologie générale

Psychopathologie du cancer et ses stades

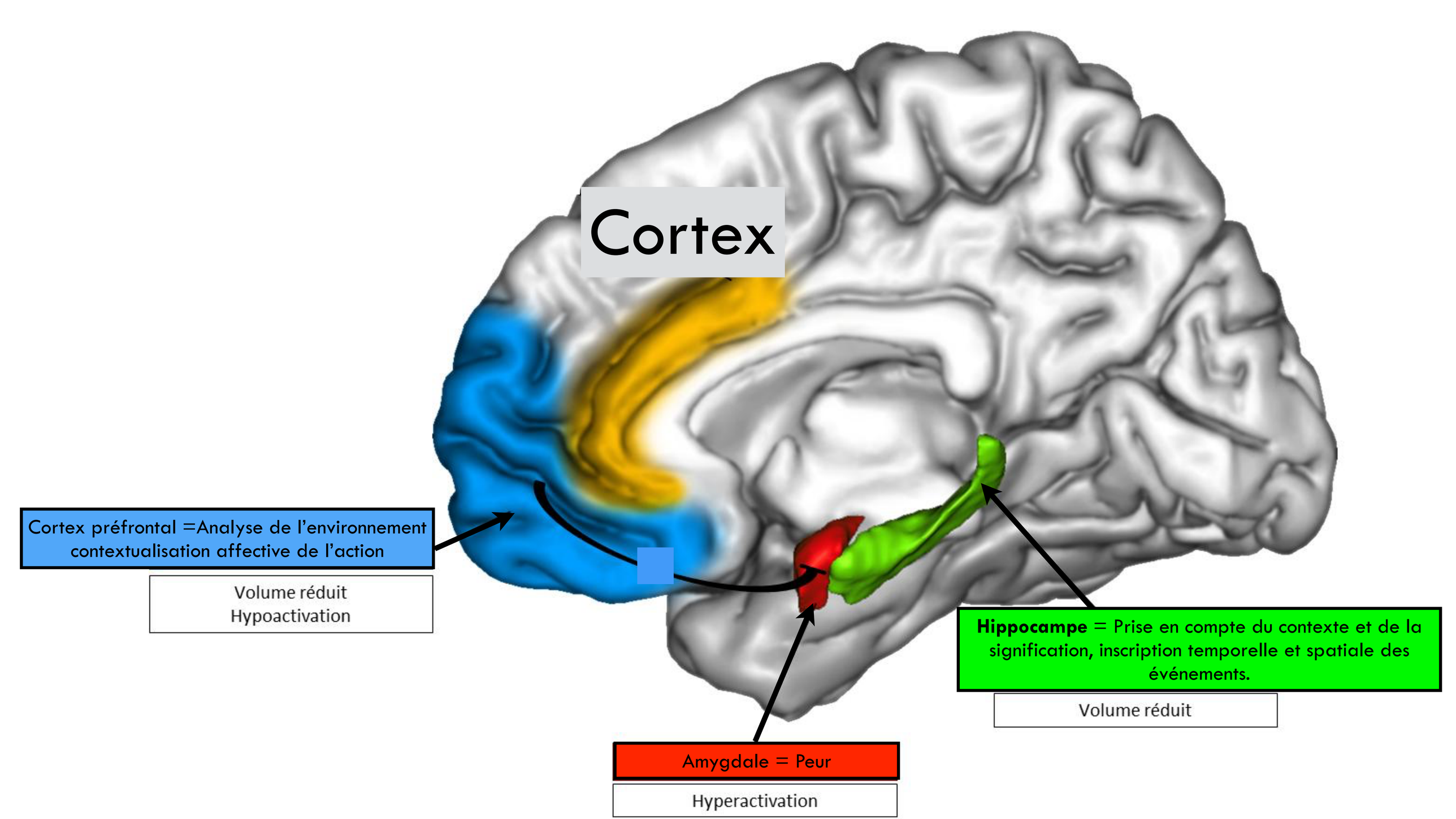


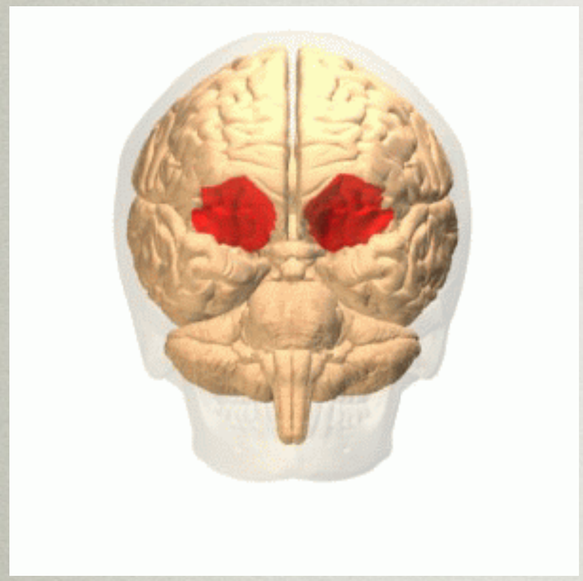
Psychopathologie générale


Psychopathologie du cancer et ses stades
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
Problématique propre du cancer
TOC
Addictions
Limite
Voilà une psychopathologie complexe
Psychopathologie générale

2.

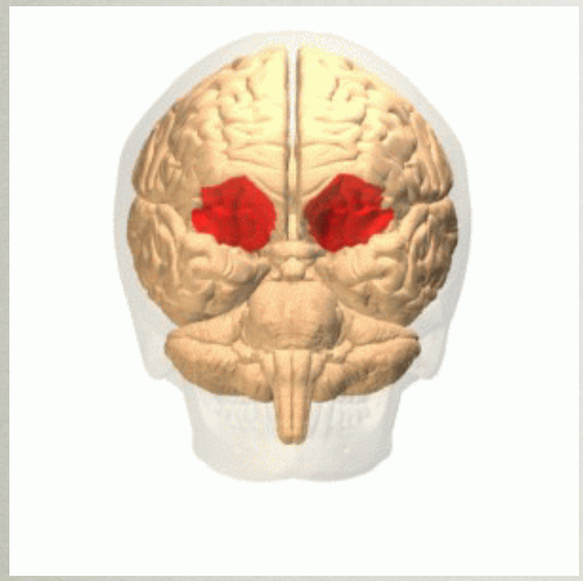
2.
Le témoin de ce que fut notre enfance : le cerveau!


Cortex
Cortex préfrontal =Analyse de l'environnement contextualisation affective de l'action
Volume réduit
Hypoactivation
Amygdale = Peur
Hyperactivation
Hippocampe = Prise en compte du contexte et de la signification, inscription temporelle et spatiale des événements.
Volume réduit





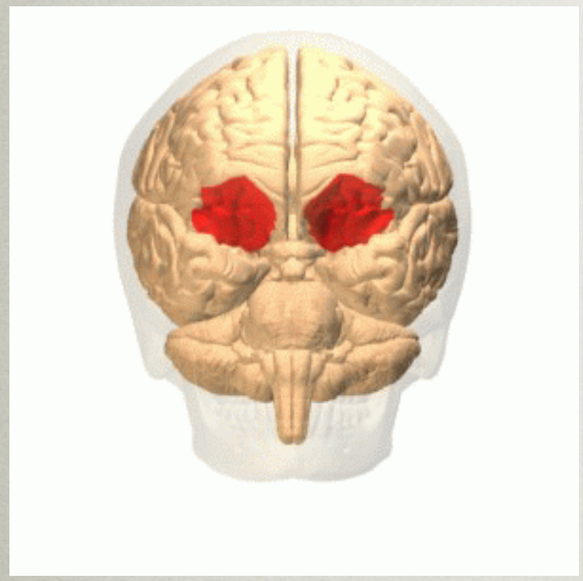
En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent





En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Focus sur le cortex orbito-frontal



Régulation des comportements émotionnels et sociaux

Capacités d'affection, d'empathie…

Aptitude à prendre des décisions

Régulation émotions

Développement sens moral



Le cortex préfrontal et les connections avec le cerveau émotionnel ne sont pas du tout matures

En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Focus sur le cortex orbito-frontal

Régulation des comportements émotionnels et sociaux

Capacités d'affection, d'empathie…

Aptitude à prendre des décisions

Régulation émotions

Développement sens moral





Le cortex préfrontal et les connections avec le cerveau émotionnel ne sont pas du tout matures

L'enfant petit
se contrôle difficilement (colère pour obtenir ce qu'il aime, peurs incontrôlées, véritables angoisses, très grands chagrins,…)

La maturation est achevée à l'âge adulte

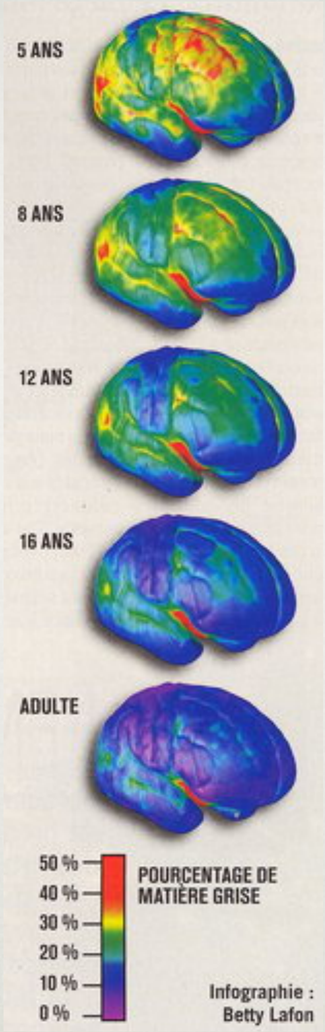
En dessous de 5 ans , les cerveaux archaïque et émotionnel dominent

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant



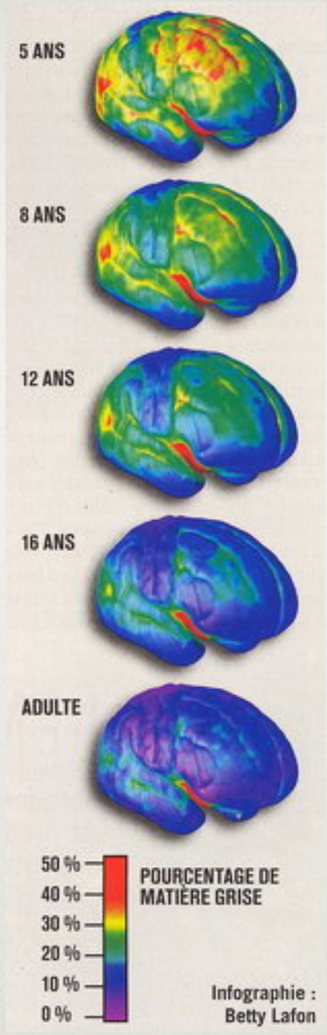
Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Parents soutenant, chaleureux

Développement des connexions cérébrales nécessaires



Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

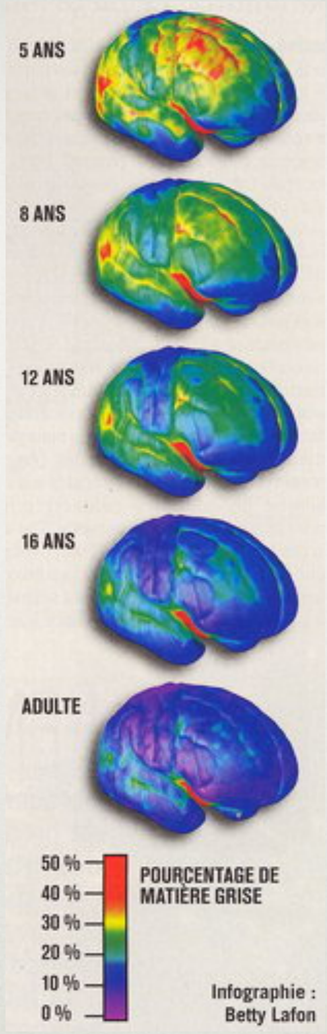
Non développement des connexions cérébrales nécessaires

Des émotions, réactions violentes

Si les adultes apaisent et contiennent l'enfant

Si les adultes réprimandent, menacent, crient, s'énervent et punissent

Parents soutenant, chaleureux



Développement des connexions cérébrales nécessaires

Non développement des connexions cérébrales nécessaires

Maitrise

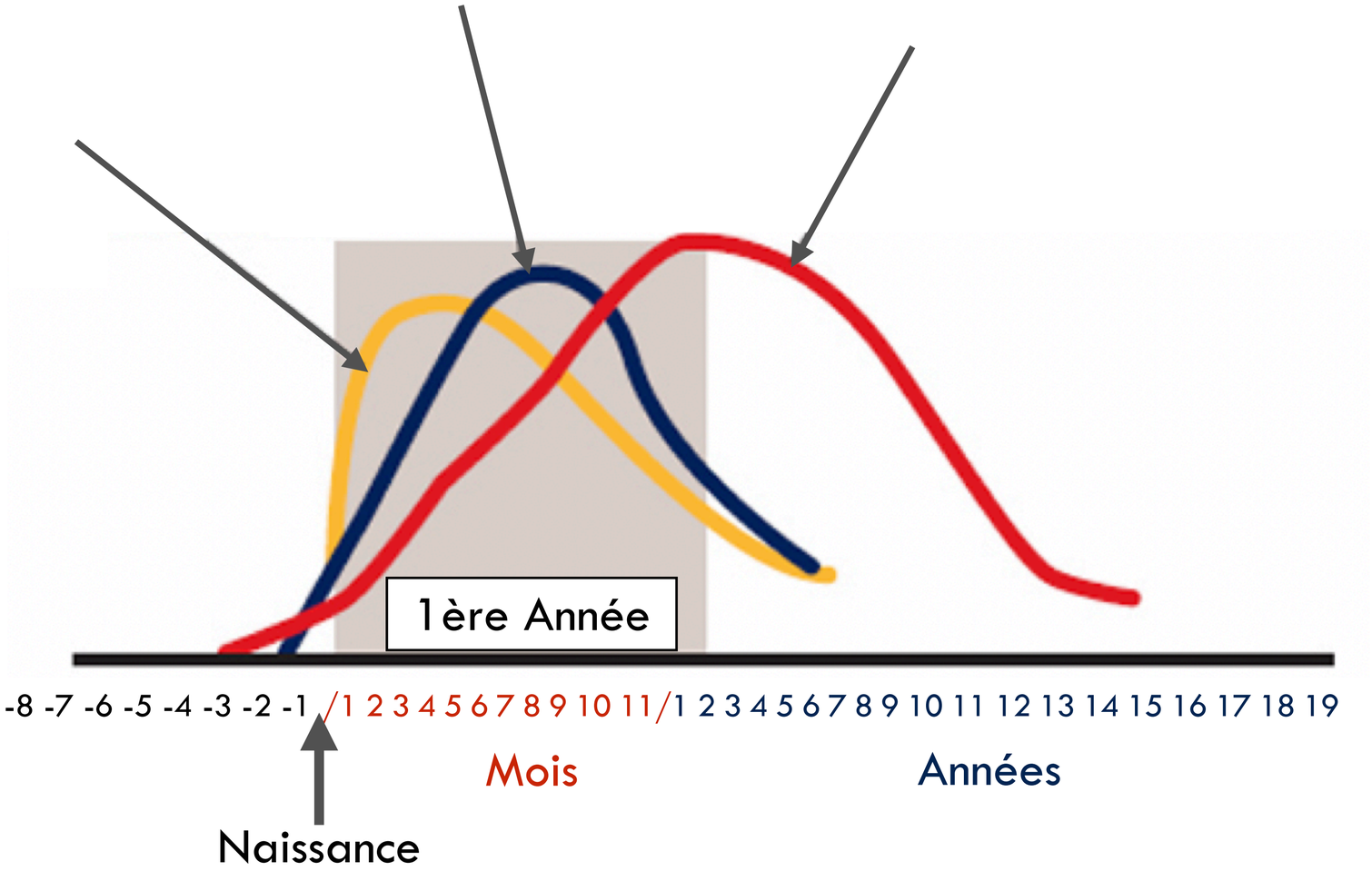
Non-Maitrise

Sécrétion d'Ocytocine, favorise l'empathie, favorise l'attachement sécure, procure du bien-être, diminue le stress, puissant anxiolytique

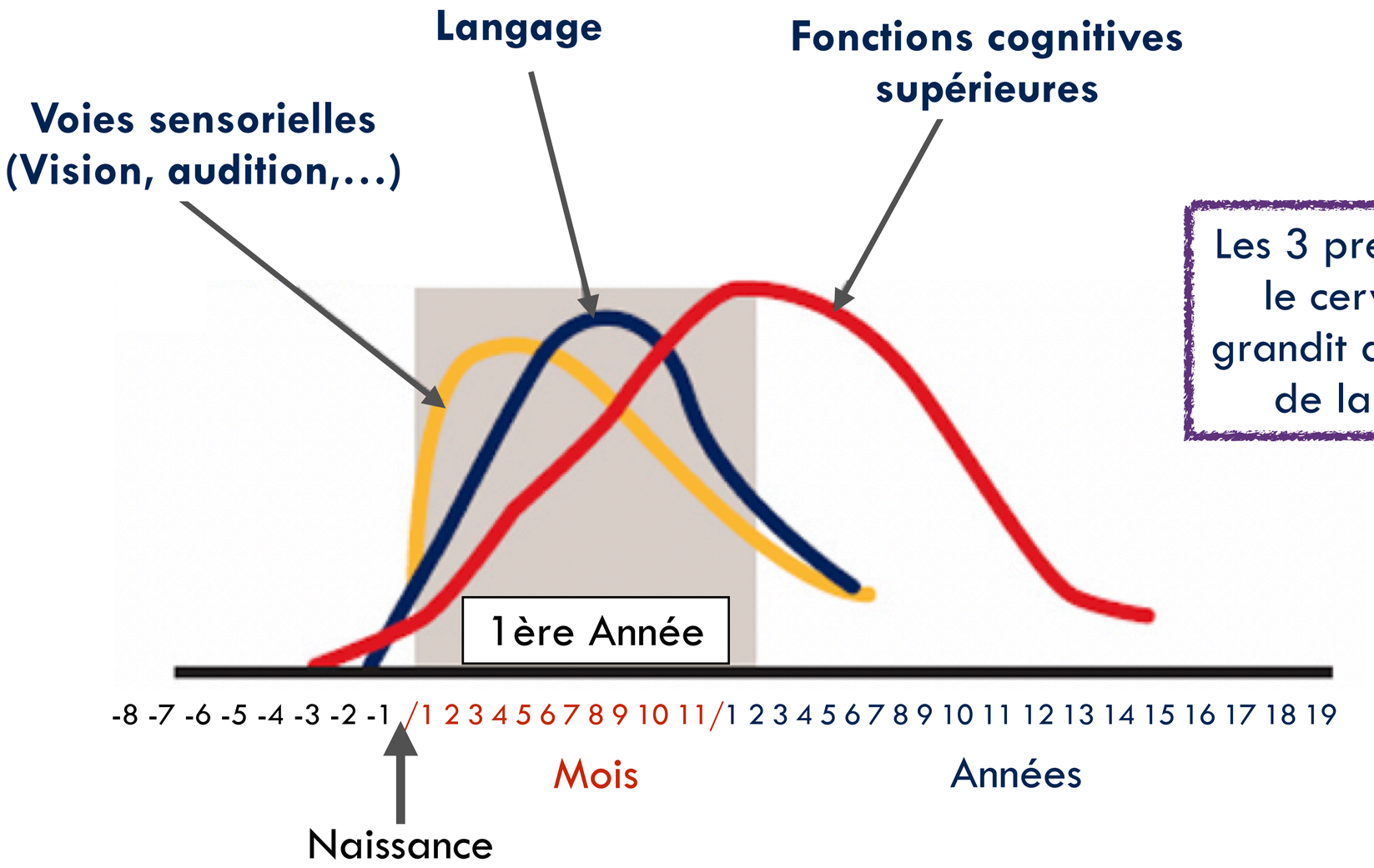
McCloskey & al., (2016), indiquent que les adultes violents montrent un lien hypoactif entre le cortex frontal et le système limbique

Des émotions, réactions violentes

La formation de synapses dépend des premières expériences (700 par seconde dans les premières années)



La formation de synapses dépend des premières expériences (700 par seconde dans les premières années)



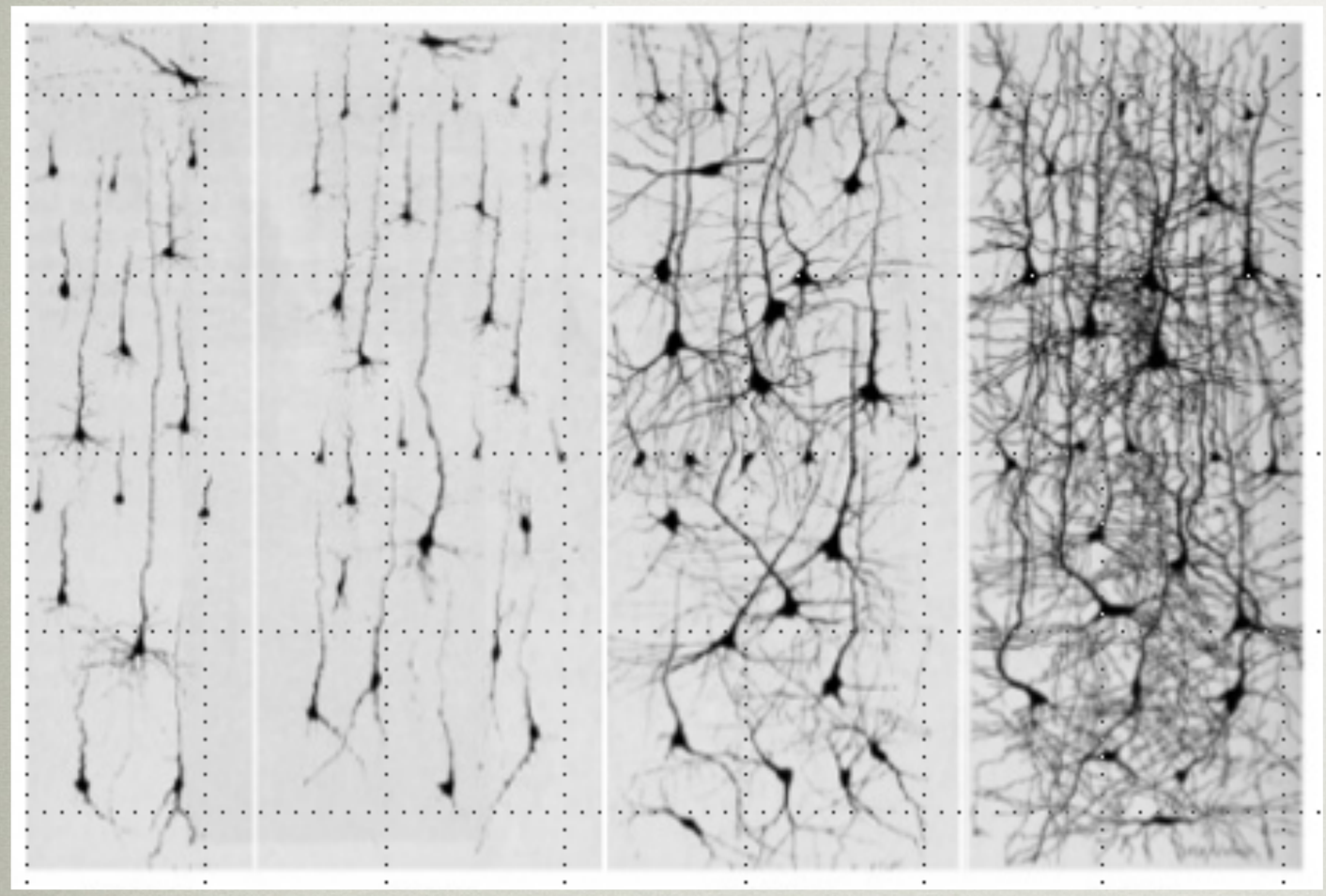
Les 3 premières années - le cerveau du bébé grandit de 25 % à 80 % de la taille adulte.

La formation de synapses dépend des premières expériences

Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

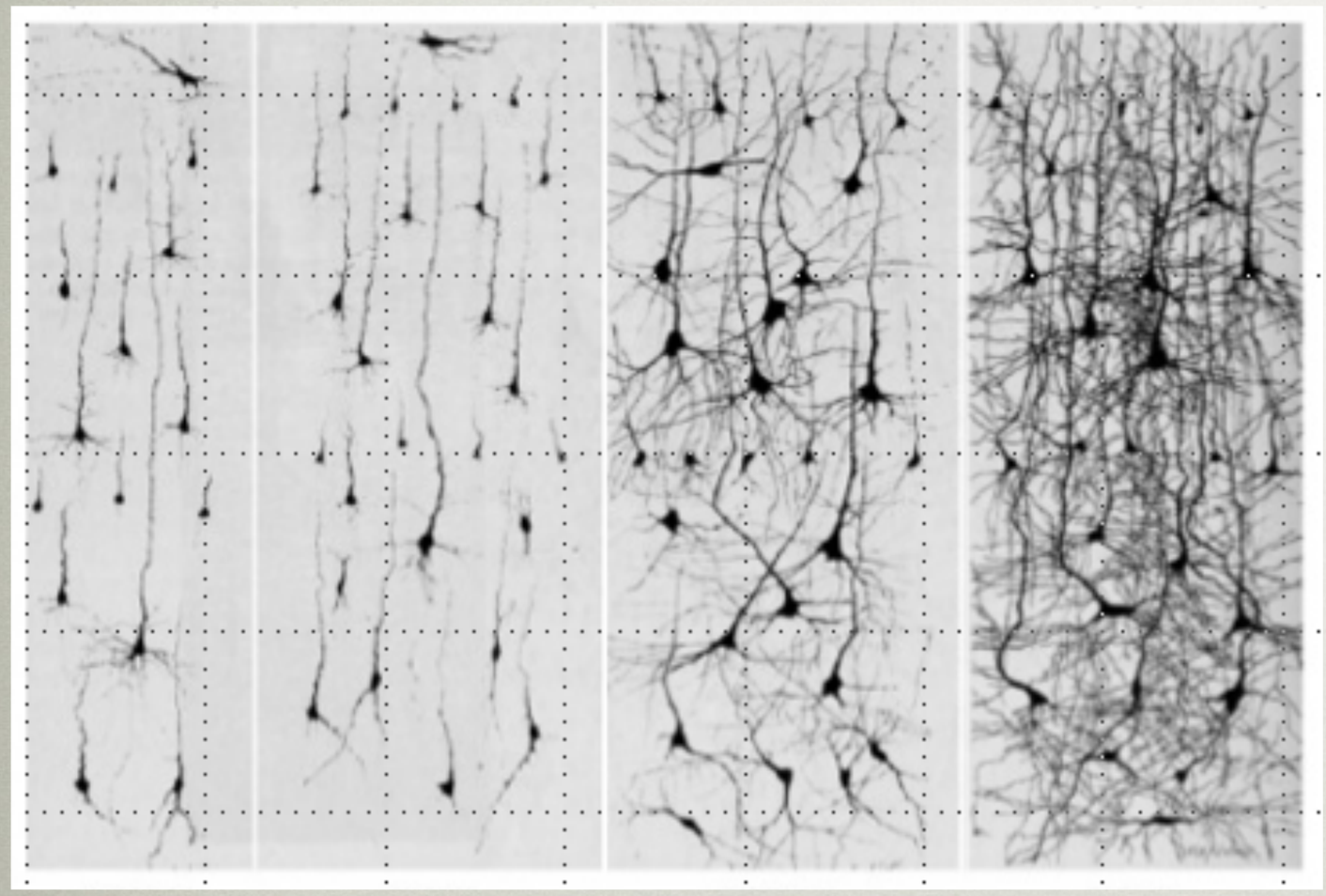
La formation de synapses dépend des premières expériences



Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

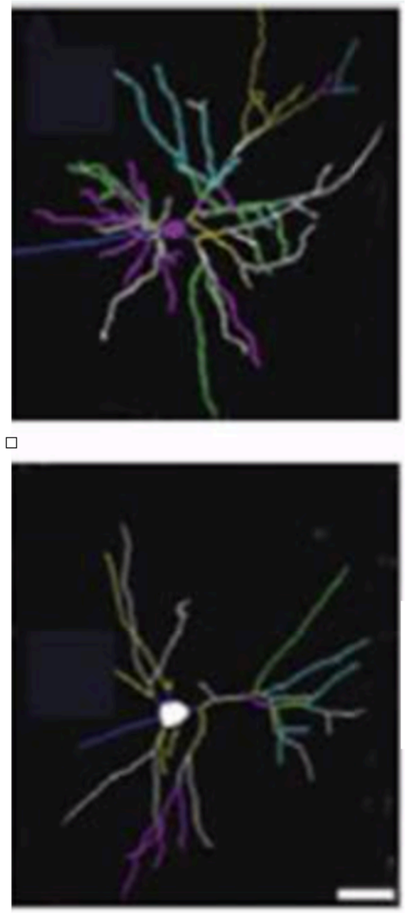
La formation de synapses dépend des premières expériences



Nouveau né | 1 mois | 6 mois | 2 ans

700 par seconde dans les premières années

Développement d'une synapse



Controle

Stress Chronique

Cortex préfrontal

La plasticité cérébrale

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones
avant l'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 semaines
d'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 mois
d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones
avant l'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 semaines
d'entrainement

Réseaux de neurones
après 2 mois
d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone

Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

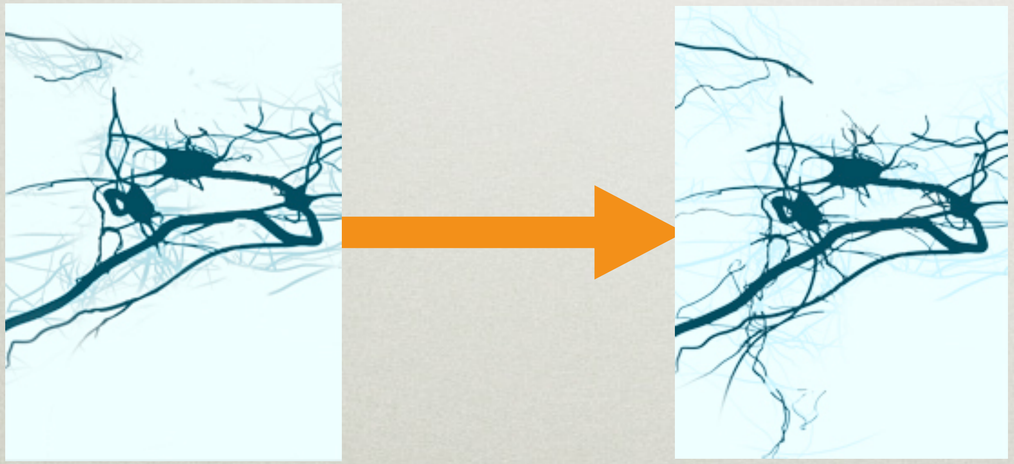
Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

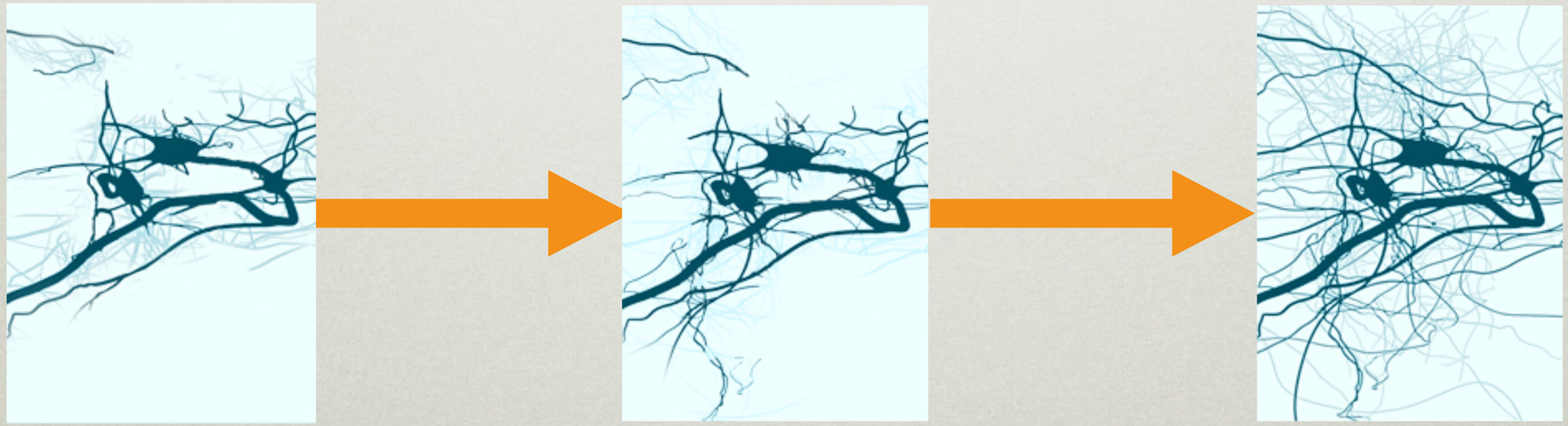
Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement

La plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale fait référence à la capacité du système nerveux à changer sa structure et son fonctionnement au cours de sa vie comme réaction à la diversité de son environnement

Plasticité synaptique = amélioration de la communication entre les neurones

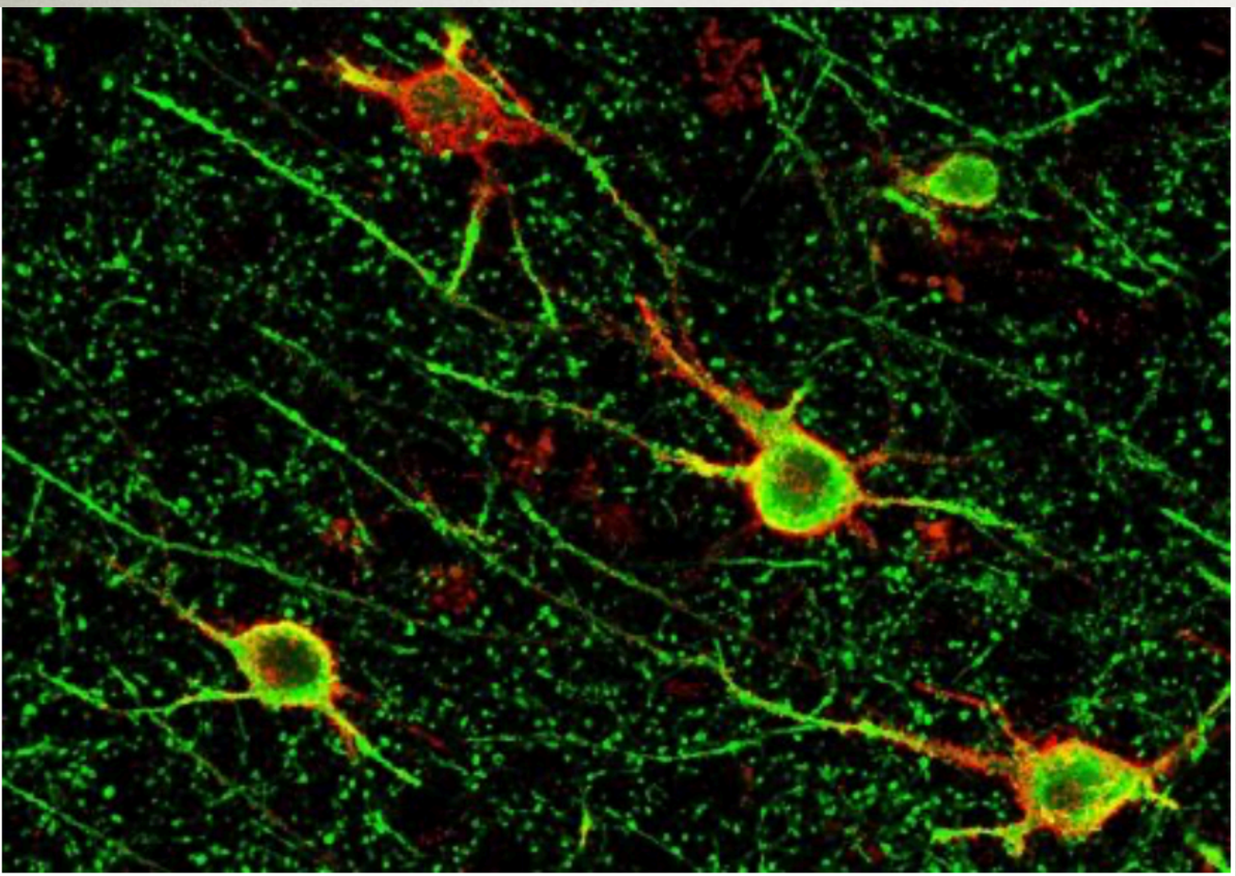
Cellules souches, un type spécial de cellule qui se trouve dans l'hippocampe et fort probablement, dans le cortex préfrontal et qui donnera un neurone



Réseaux de neurones avant l'entrainement

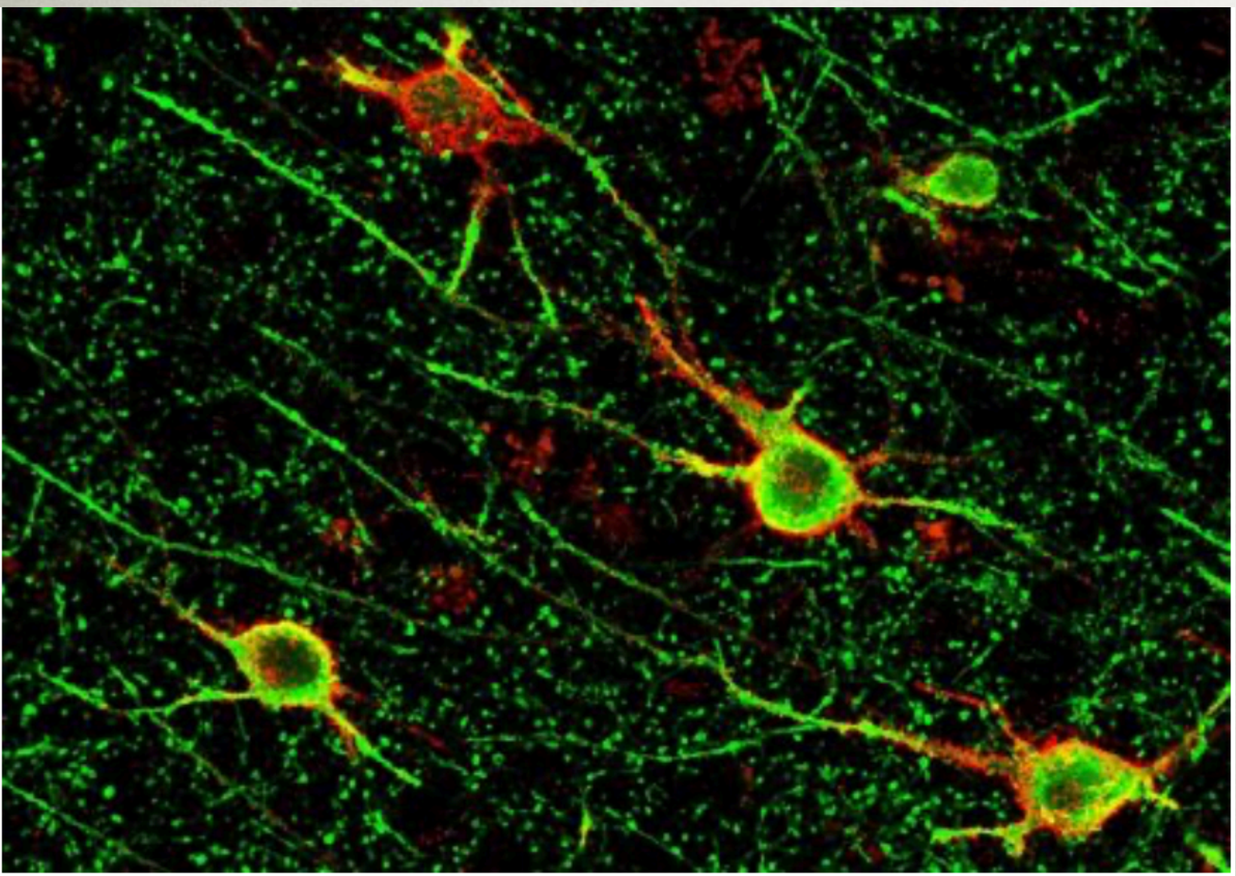
Réseaux de neurones après 2 semaines d'entrainement

Réseaux de neurones après 2 mois d'entrainement



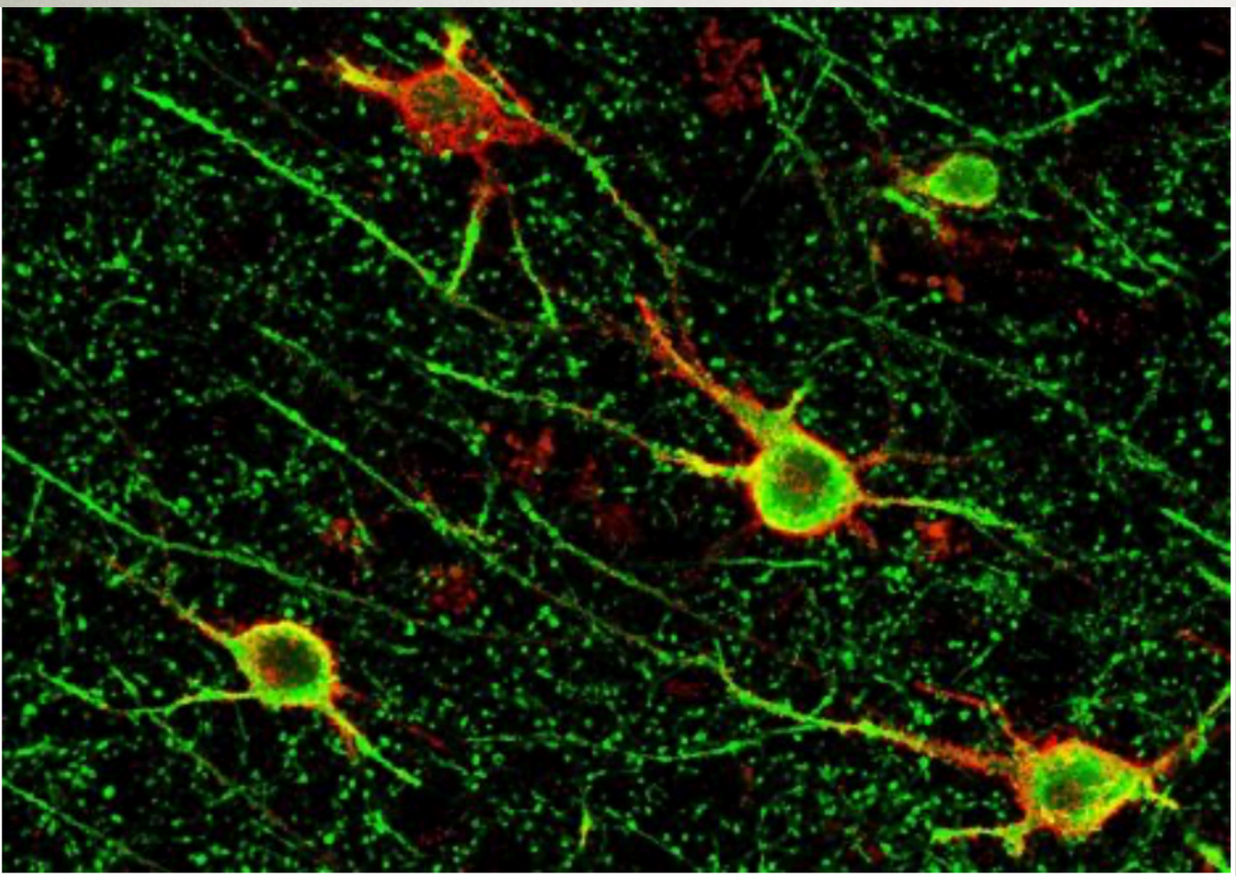
Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

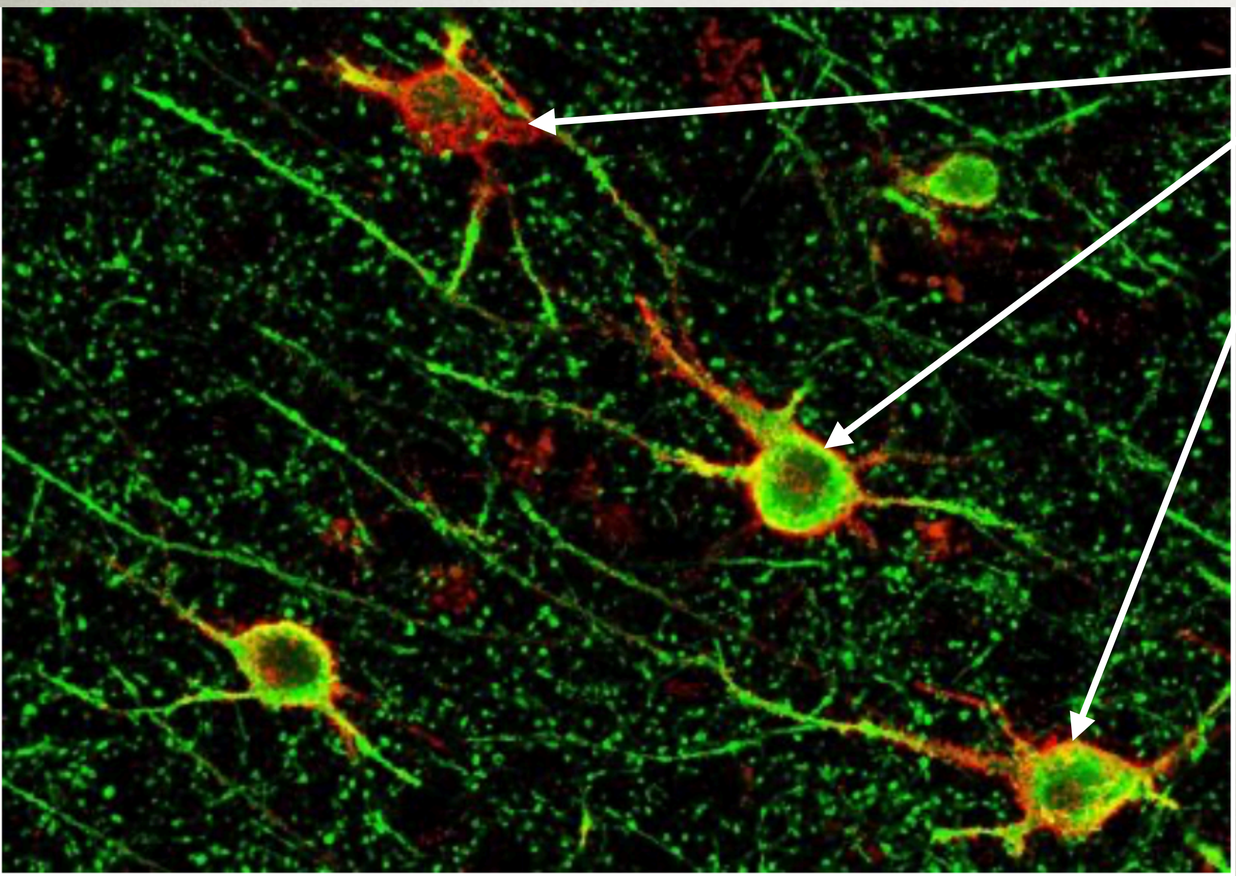
Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

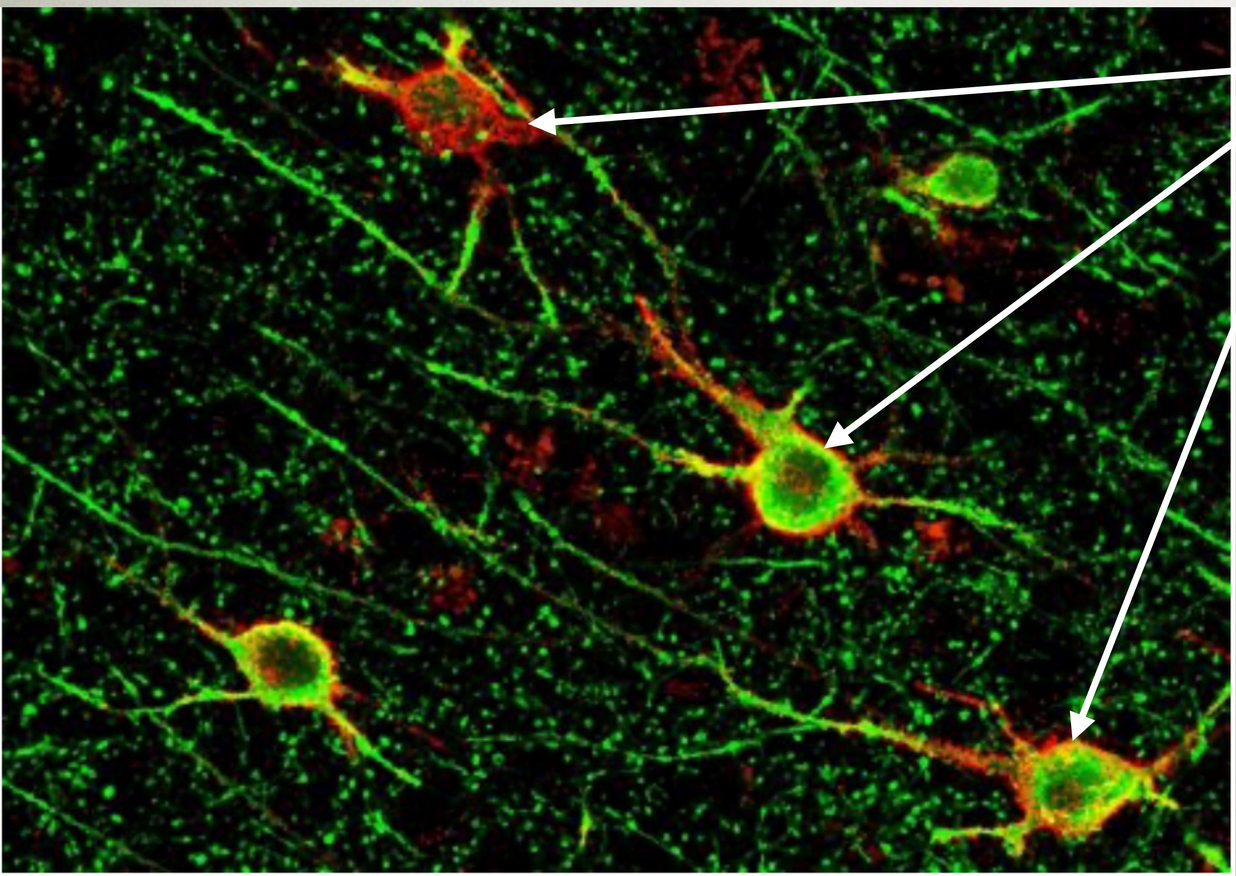
Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

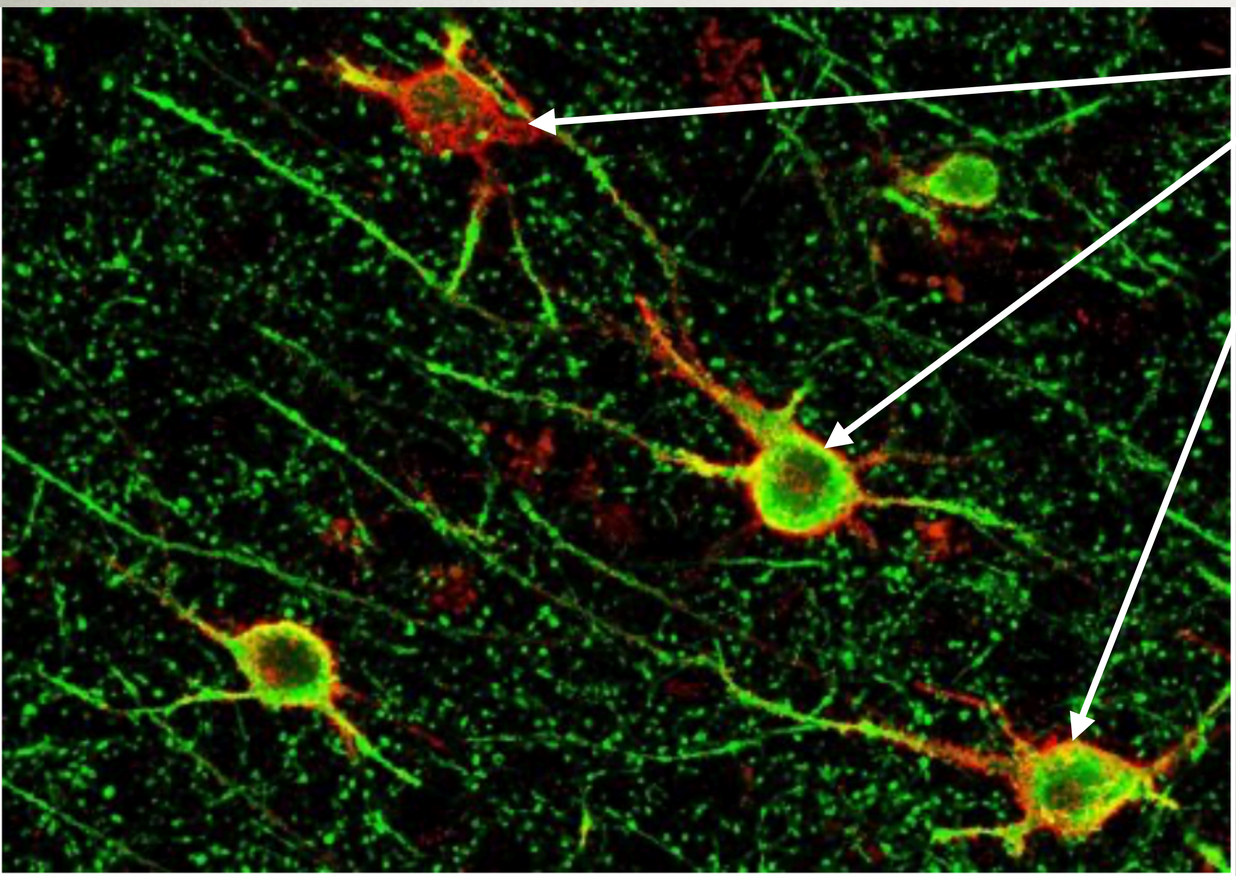
Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité



Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Avec la maltraitance, moins de plasticité neuronale

Formation de « filets péri-neuronaux » (PNN) extracellulaires (protéines et de sucres complexes liés entre eux), vont former une toile dense qui va encercler certains neurones et limiter leur plasticité

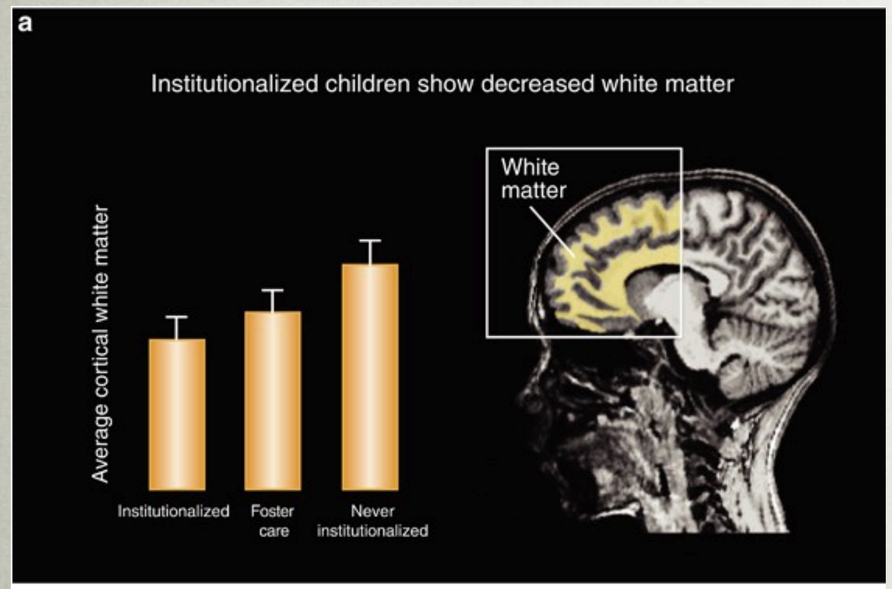


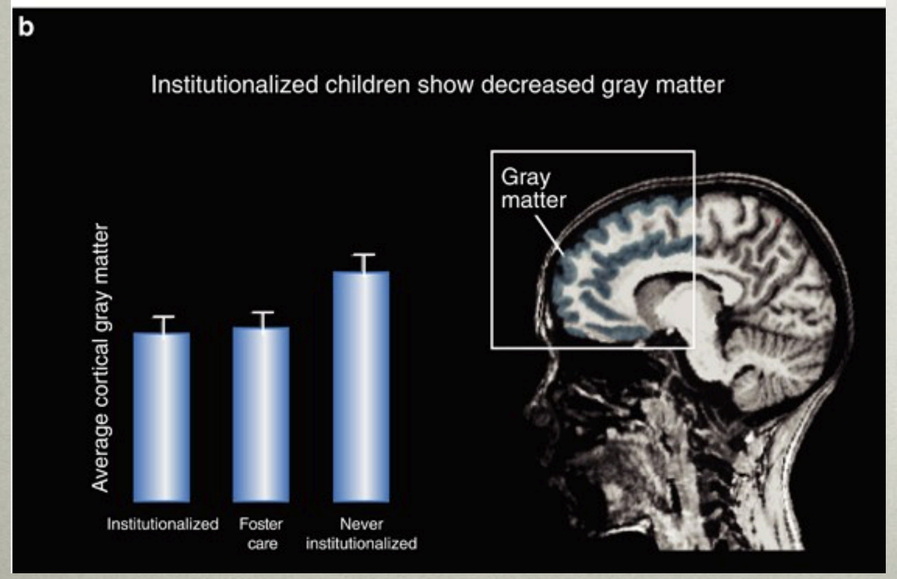
Immunomarquage de neurones à parvalbumine en vert entourés par des filets perineuronaux en rouge dans le cortex préfrontal humain. © Arnaud Tanti/Inserm

Ces « filets périneuronaux » pourraient jouer un rôle en cas de traumatisme pendant l'enfance, en figeant les réseaux neuronaux associés à ces souvenirs, prédisposant à des troubles dépressifs ou comportementaux.

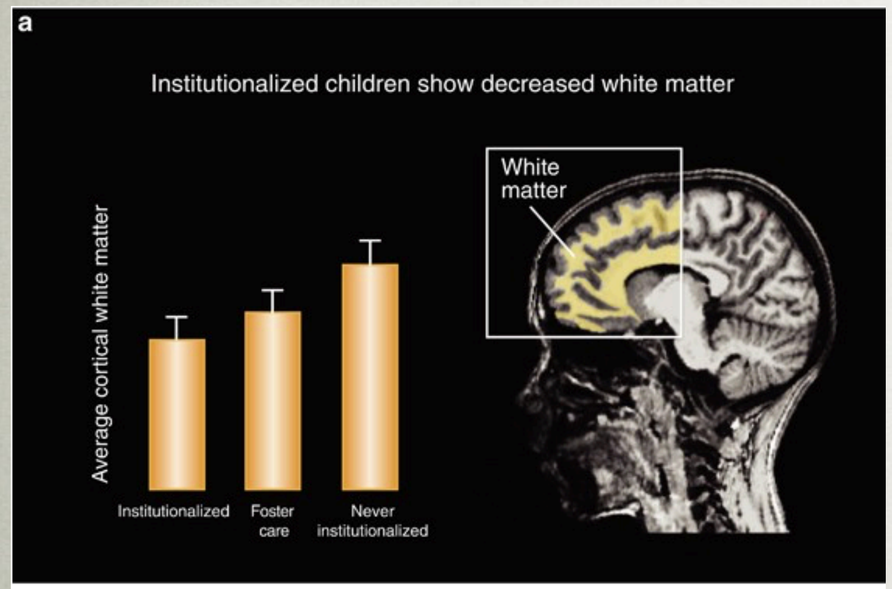
Réduction des matières grise et blanche

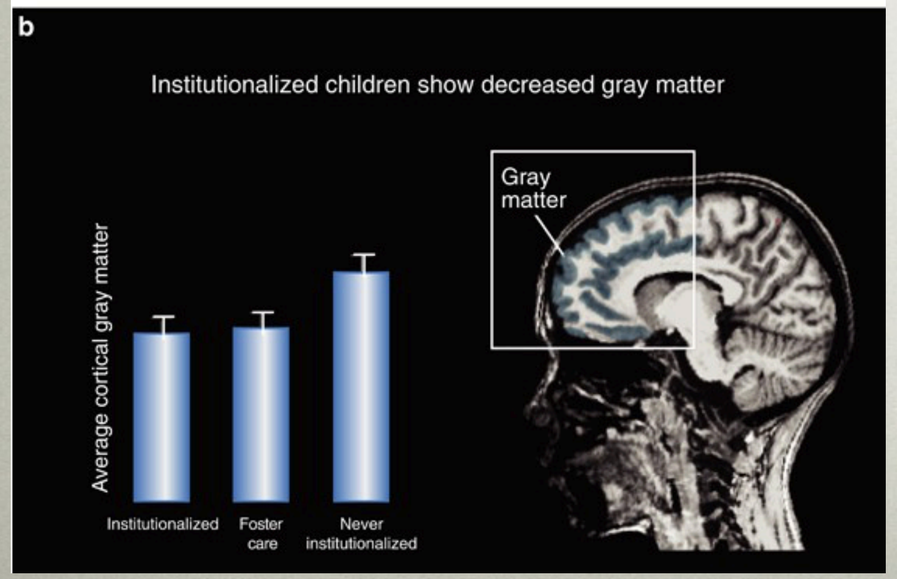
Réduction des matières grise et blanche





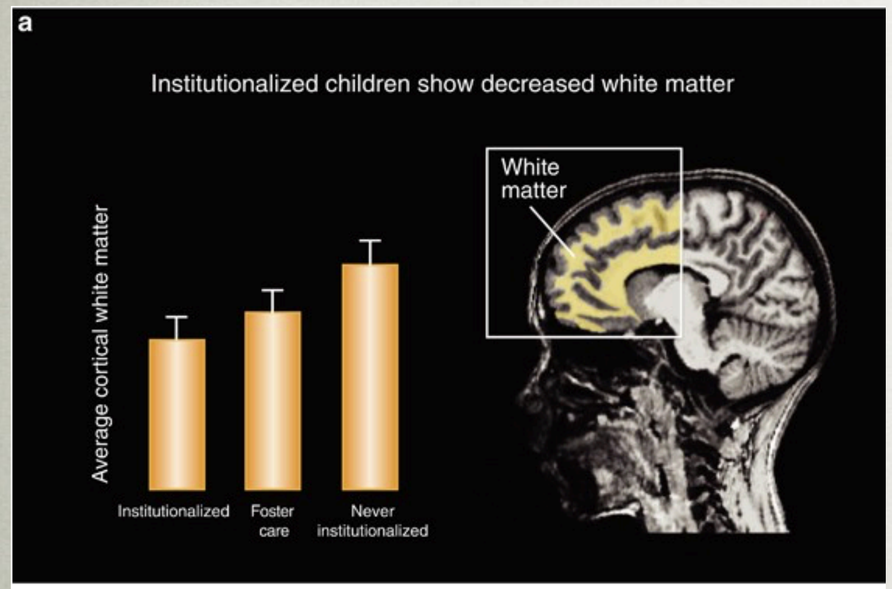
Réduction des matières grise et blanche

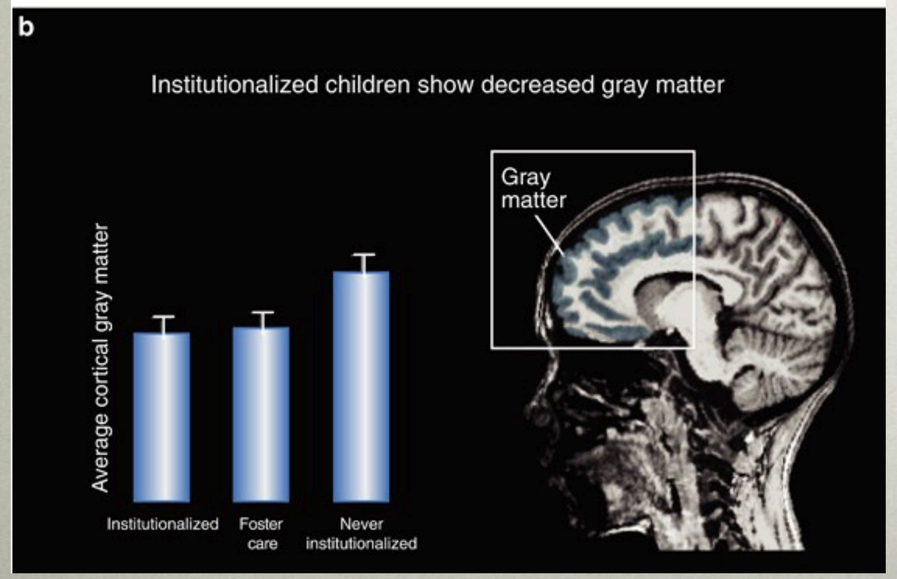




Une étude (Sheridan & al., 2012) réalisée auprès d'orphelins roumains ayant passé les premières années de leur vie dans des conditions très dures, recevant peu d'attention et d'affection, révélait une réduction de la matière grise du cerveau, où siègent les noyaux des neurones, ainsi que de la matière blanche.

Réduction des matières grise et blanche



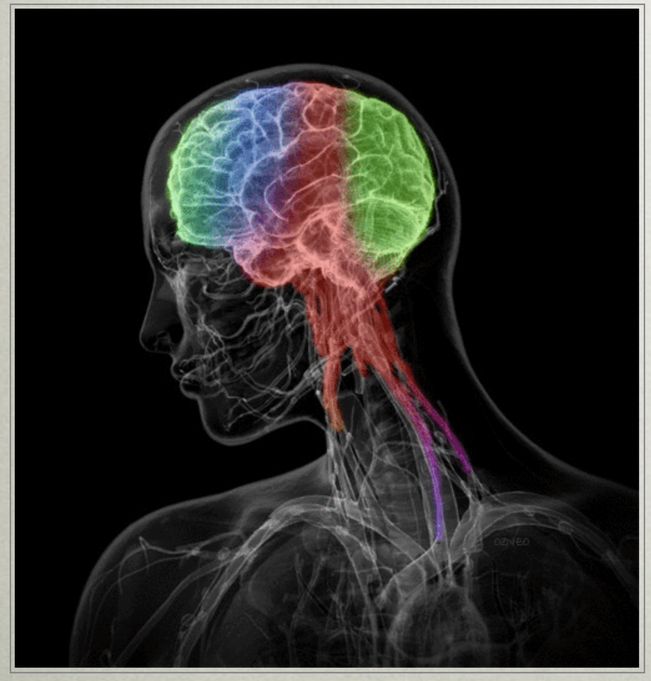


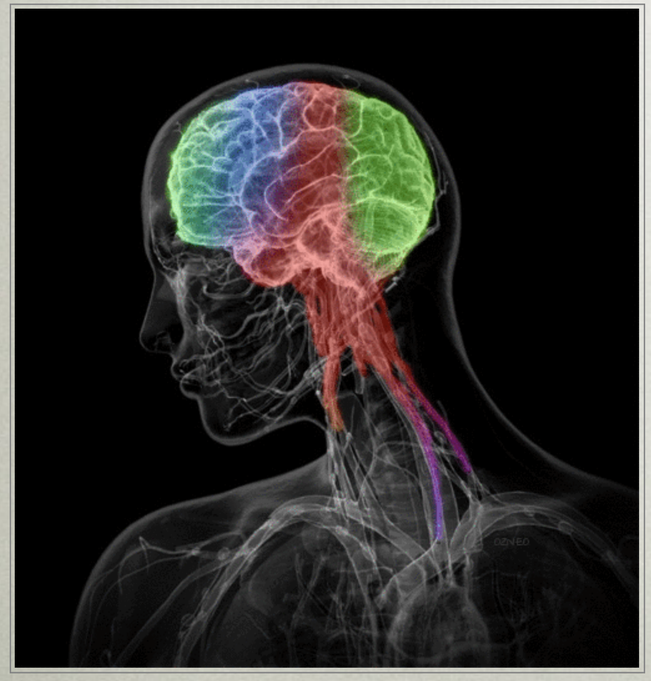
Une étude (Sheridan & al., 2012) réalisée auprès d'orphelins roumains ayant passé les premières années de leur vie dans des conditions très dures, recevant peu d'attention et d'affection, révélait une réduction de la matière grise du cerveau, où siègent les noyaux des neurones, ainsi que de la matière blanche.

Il existe des preuves que les altérations de l'épaisseur corticale, consécutives à la négligence, permettent de prédire le risque d'inattention et d'hyperactivité (McLaughlin et al, 2013).

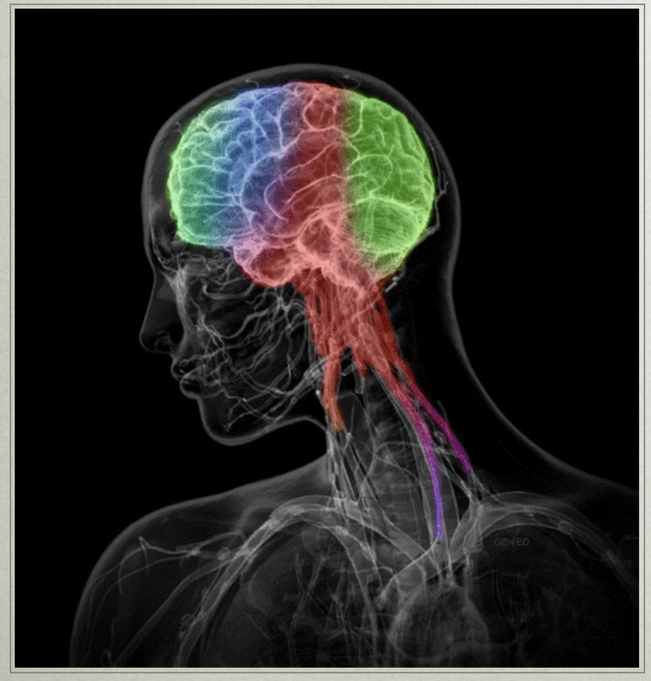
Allez on résume!



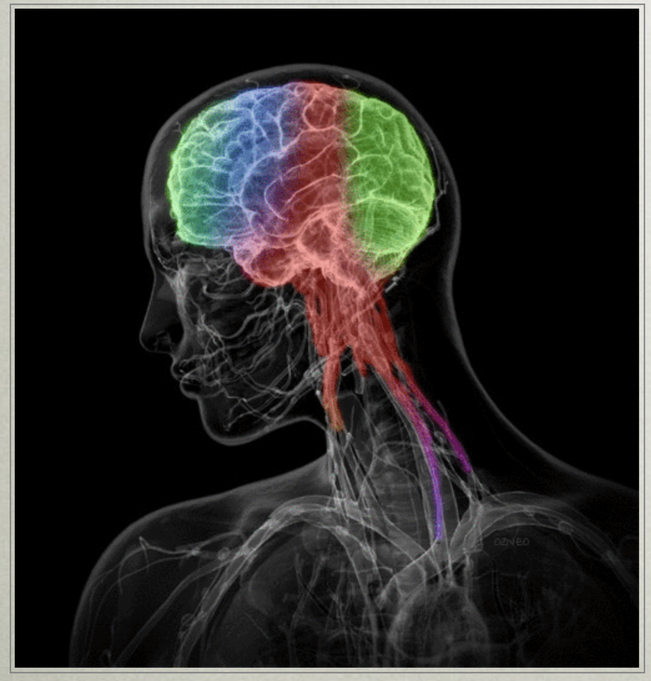




La maltraitance entraîne une raréfaction de l'arborisation dendritiques, une perte de connexions interneuronales, mais aussi une altération de la neuroplasticité - notamment dans les aires impliquées dans la coordination de la cognition et des émotions : l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale.

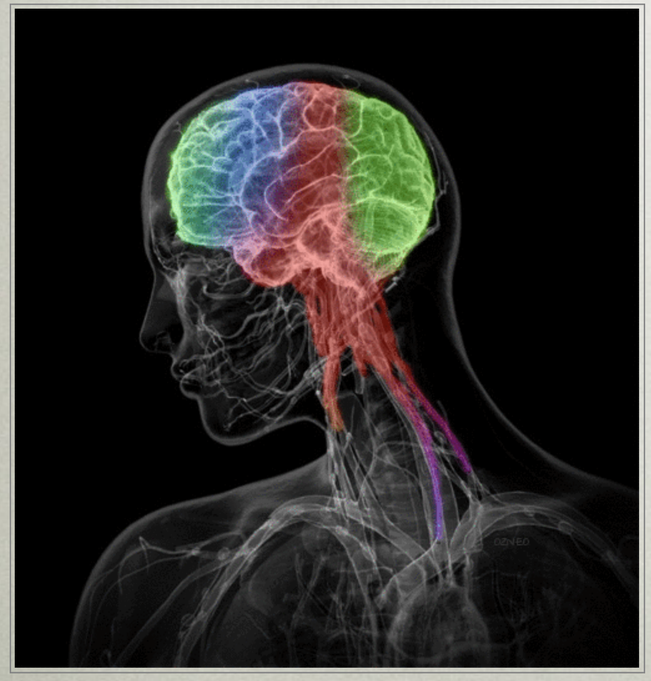


La maltraitance entraîne une raréfaction de l'arborisation dendritiques, une perte de connexions interneuronales, mais aussi une altération de la neuroplasticité - notamment dans les aires impliquées dans la coordination de la cognition et des émotions : l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale.



Ces modifications de la structure cérébrale sont à l'origine d'une vulnérabilité persistante aux troubles anxieux, TSPT et dépression.

La maltraitance entraîne une raréfaction de l'arborisation dendritiques, une perte de connexions interneuronales, mais aussi une altération de la neuroplasticité - notamment dans les aires impliquées dans la coordination de la cognition et des émotions : l'hippocampe, le cortex préfrontal et l'amygdale.



Perte de neurones

Ces modifications de la structure cérébrale sont à l'origine d'une vulnérabilité persistante aux troubles anxieux, TSPT et dépression.

2.

2.
Ces événements de vie qui nous abîment!

Les événements adverses

Les événements adverses

Evénements vécus durant l'enfance, de sévérité variable, la plupart du temps chroniques, survenant dans l'environnement familial et/ou social d'un enfant ou d'un adolescent, qui génèrent du stress, de la détresse, de l'anxiété et/ou un psychotraumatisme (au sens large) et qui perturbent la santé et le développement physique ou psychologique de l'enfant avec des répercutions sur toute la vie (inspirée de Kalmakis & Chandler, 2014).

Les événements adverses

Les événements adverses

De plus, selon Alhowaymel, Kalmakis et Jacelon en 2021, les ACEs sont « influencés par des facteurs culturels, sociaux, environnementaux et économiques globalement divers qui affectent la santé des individus dans le monde entier »

Les événements adverses

Les événements adverses

Le champ de l'adversité a eu l'immense intérêt de permettre une considération plus large de ce qui est susceptible de nuire aux enfants et aux adolescents a` l'âge adulte. Et ce, en ne considérant non pas seulement l'incidence d'un seul type d'événement pris de façon isolée, mais en envisageant ce vécu dans une perspective cumulative, comme le décrivent un certain nombre de revues systématiques depuis ces vingt derniéres années.

Les événements adverses

Les événements adverses

Pour être impacté psychologiquement et physiquement à l'âge adulte, il n'est donc pas nécessaire d'être confronté en tant qu'enfant ou adultes à des événements brutaux et massifs susceptibles de porter atteinte à son intégrité physique et psychique.

Les événements adverses

Les événements adverses

Des événements a priori considérés comme plus modestes ou moins graves vécus durant l'enfance, en particulier lorsqu'ils se répètent, sont suffisants pour générer des conséquences majeures en termes de détresse, de stress ou d'angoisse et sévères particulièrement destructeurs pour la santé.

Les événements adverses

Les événements adverses

Nous devons donc être plus exigeant et plus précis dans notre appréhension de la psychopathologie des enfants (et donc des adultes) et des adolescents, en intégrant dans l'analyse diachronique que ce n'est pas seulement ce qui fait trauma.

Dans la littérature internationale on parle

d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Dans la littérature internationale on parle d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Violences



Physiques



Emotionelles



Sexuelles

Négligences



Physiques



Emotionelles



Verbales

Difficultés au sein du foyer



Physiques



Décès



Maladies graves



Verbales



Violences fratrie



Séparation longue/ immigration



Santé psy parent



Violences conjugales



Séparation des parents



Incarceration parent



Abus de substances



Fessée

Dans la littérature internationale on parle

d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Dans la littérature internationale on parle d'Adverse Childhood Events ou **ACEs**

Victimisation par les pairs



Physiques



Verbales



harcèl. physi/verb



Rejet des pairs



Violences sexuelles



Cyberharcèlement

Violences communautaires



Témoin de bagarres/ combats physiques

Témoin de coups donnés avec une arme



Témoin de coups de feu

American Journal of
Preventive Medicine

FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]

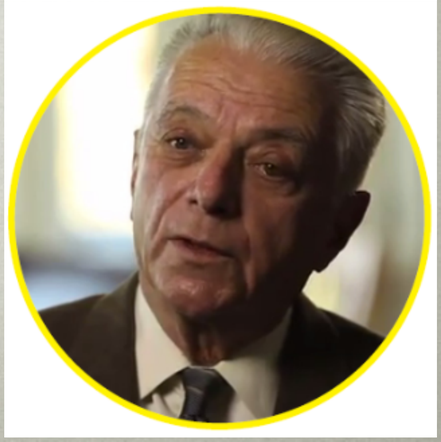
American Journal of
Preventive Medicine

FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

1998 republié en 2019

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]



American Journal of
Preventive Medicine

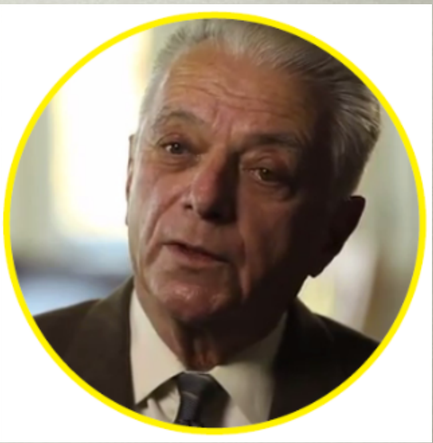
FROM THE ARCHIVE: RESEARCH ARTICLE

1998 republié en 2019

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study

Vincent J. Felitti, MD, FACP,[1] Robert F. Anda, MD, MS,[2] Dale Nordenberg, MD,[3] David F. Williamson, MS, PhD,[2] Alison M. Spitz, MS, MPH,[2] Valerie Edwards, BA,[2] Mary P. Koss, PhD,[4] James S. Marks, MD, MPH[2]

Dose → Effet



Conduites tabagiques



Obésité (IMC ≥ 35)

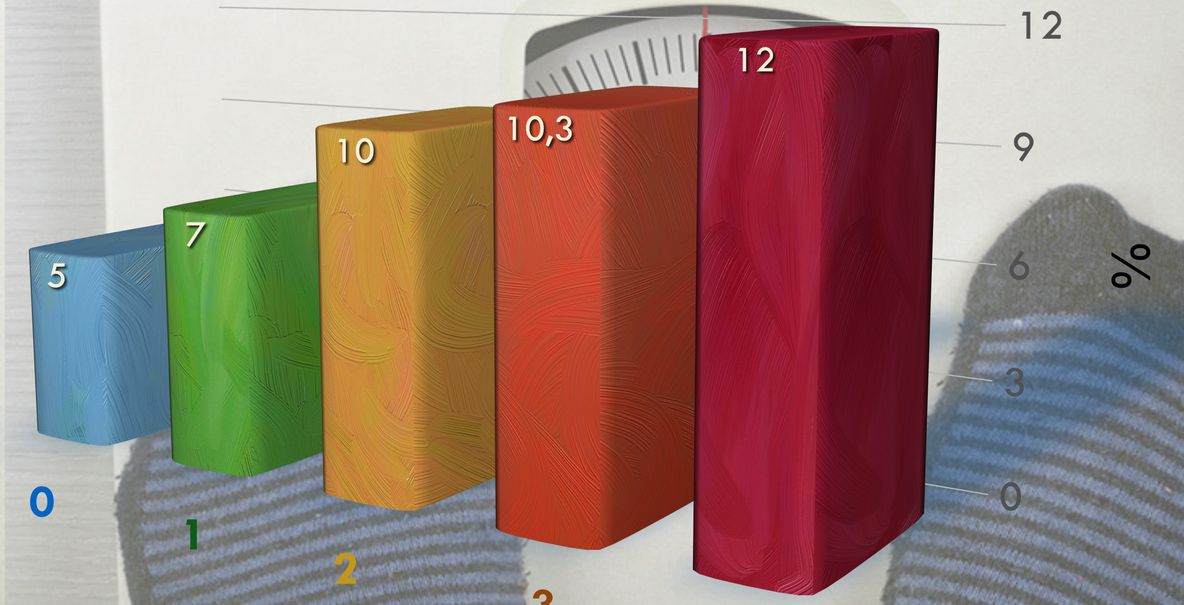


Conduites tabagiques



Nombre d'Adversités

Obésité (IMC ≥ 35)

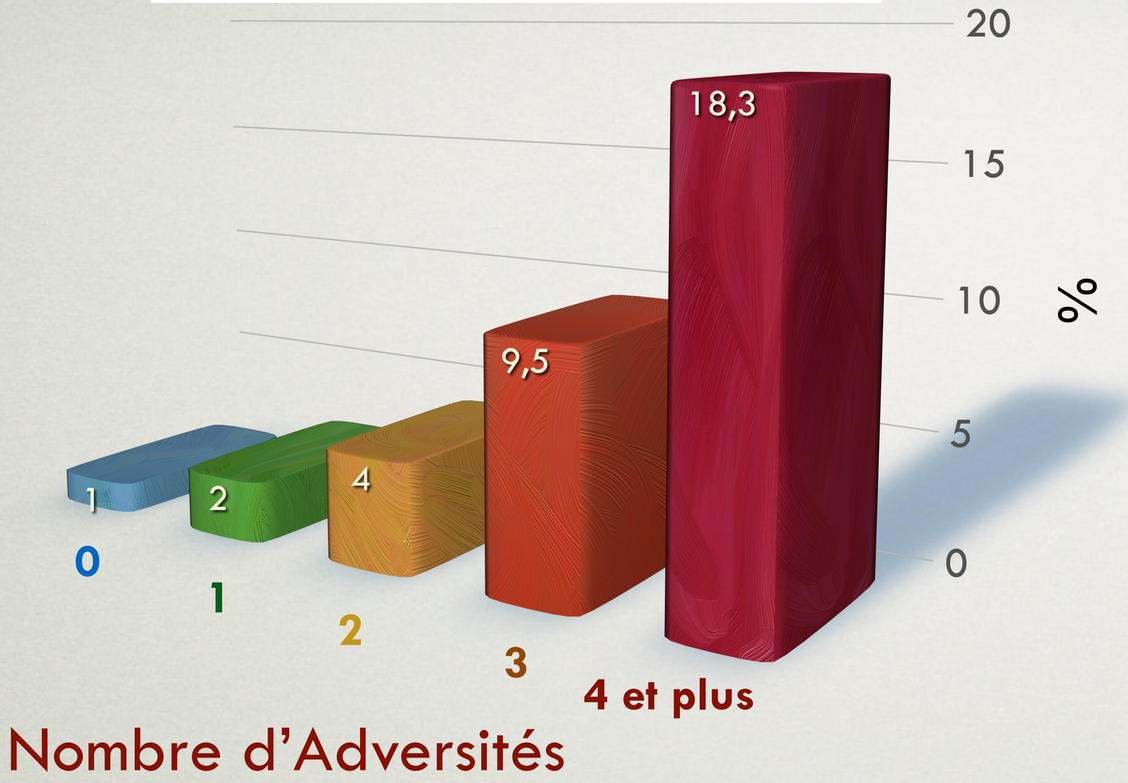


Nombre d'Adversités

Tentatives de suicides

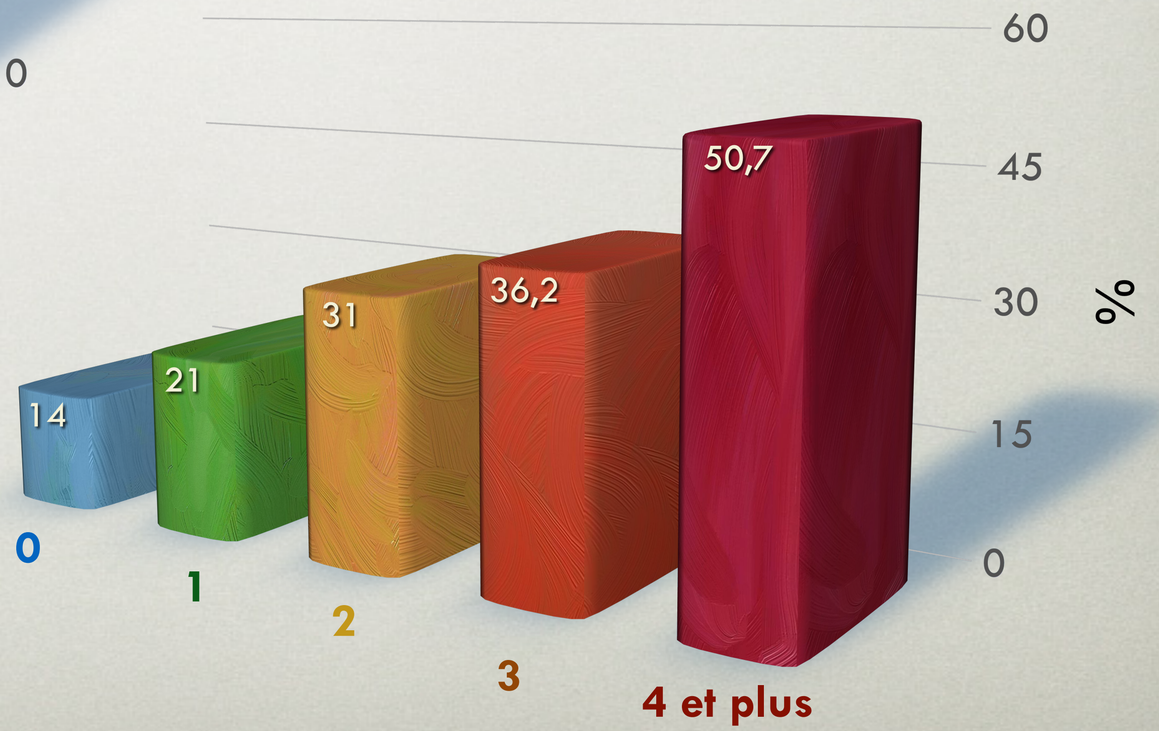
Périodes dépressives

Tentatives de suicides



Nombre d'Adversités

Périodes dépressives



Nombre d'Adversités

Les résultats de cette étude princeps a permis de faire plusieurs constats qui furent à l'origine du développement de ce mouvement de recherche…

Les résultats de cette étude princeps a permis de faire plusieurs constats qui furent à l'origine du développement de ce mouvement de recherche…

- L'exposition des enfants à la maltraitance, à la négligence, à la violence domestique et aux facteurs de stress domestiques est plutôt répandue. **Un homme sur six et une femme sur quatre** ont par exemple été victimes de violences sexuelles pendant l'enfance (Dube et al., 2005).

- **81 % à 98 %** des participants ont déclaré avoir été confronté à un ou plusieurs ACEs pendant leur enfance (Dong et al., 2004).

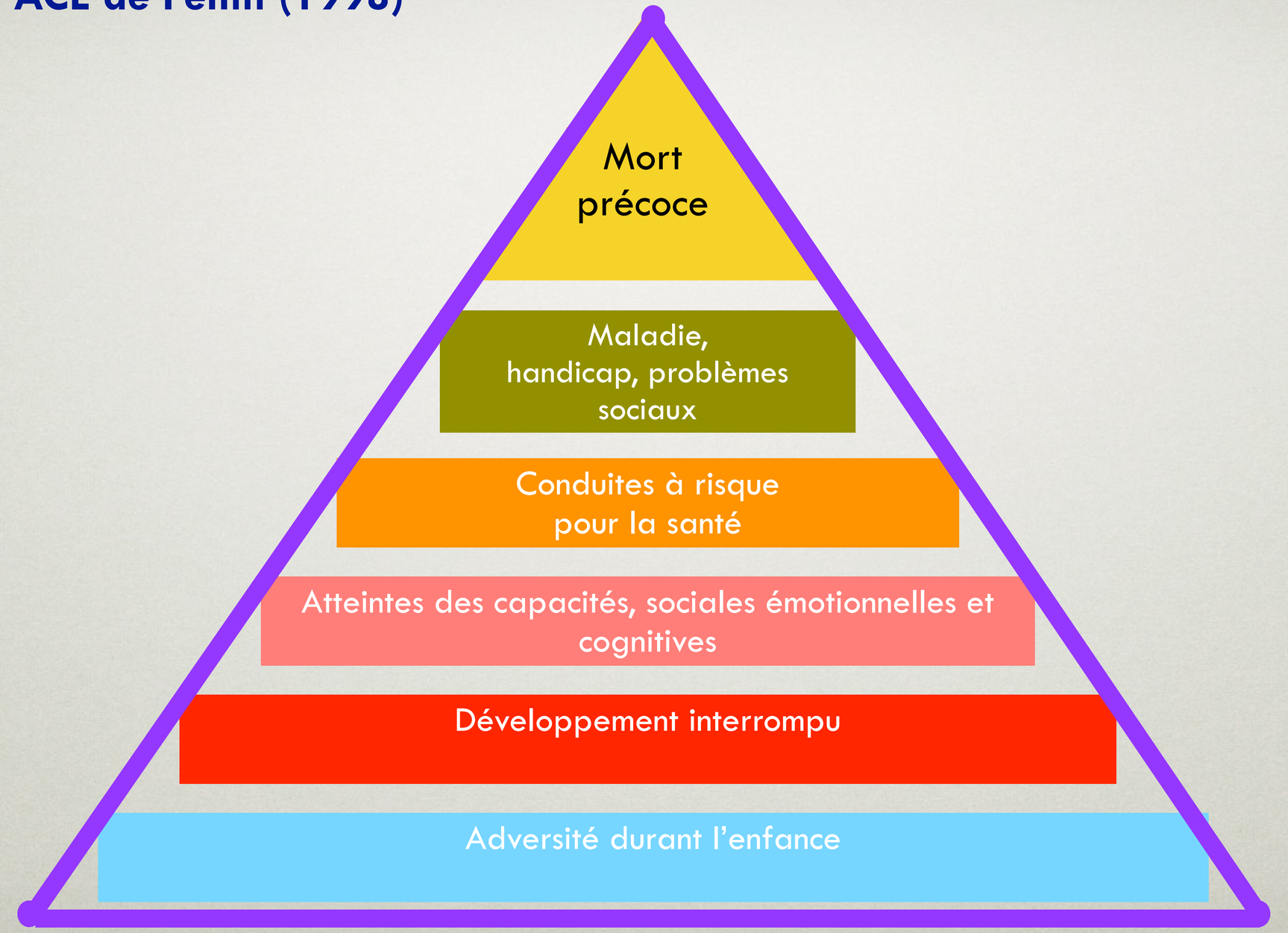
Pyramide ACE de Felliti (1998)

Mort

Perspective de vie

Naissance

Pyramide ACE de Felliti (1998)

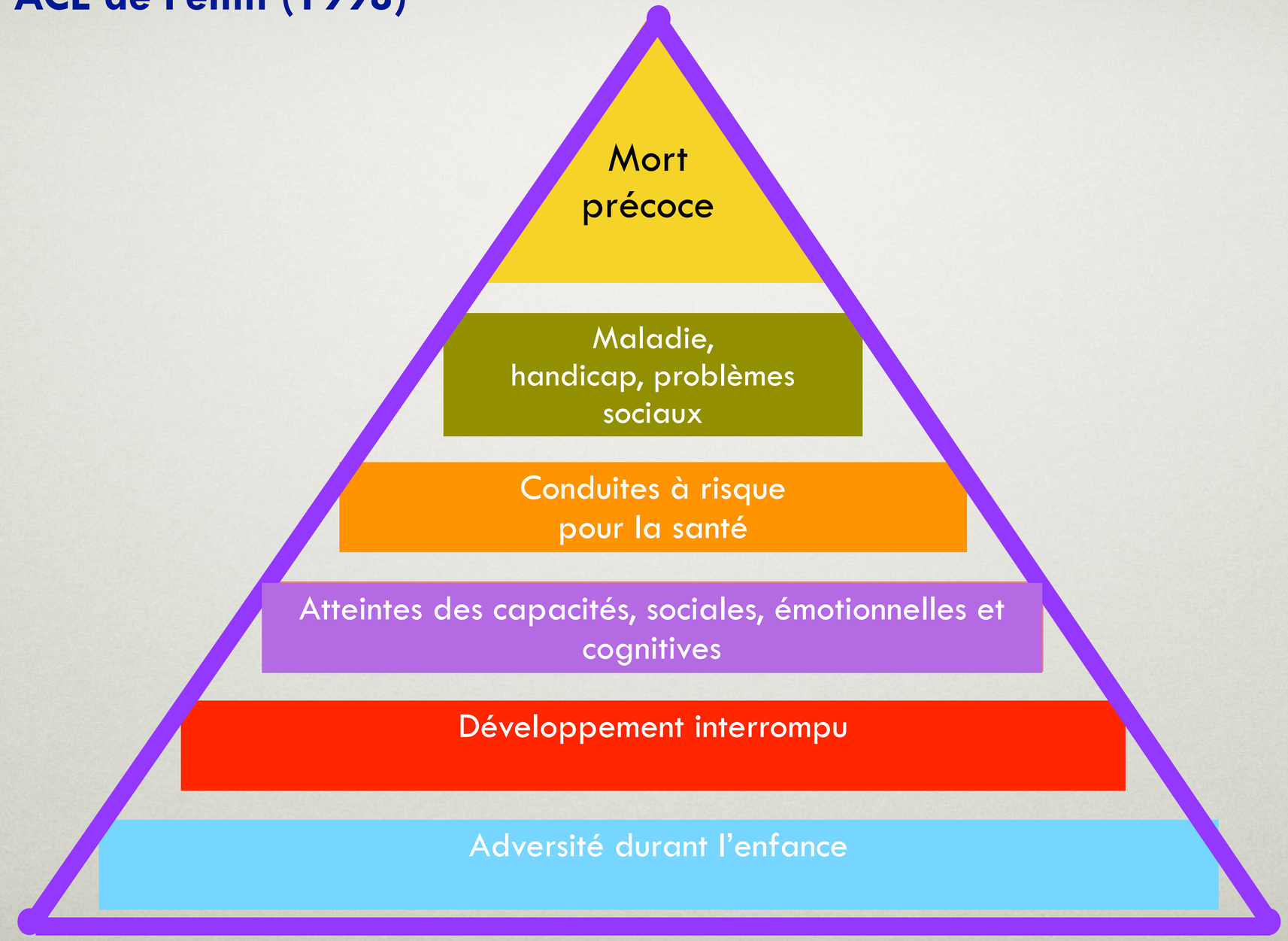


Mort

Perspective de vie

Naissance

Pyramide ACE de Felliti (1998)



Mort

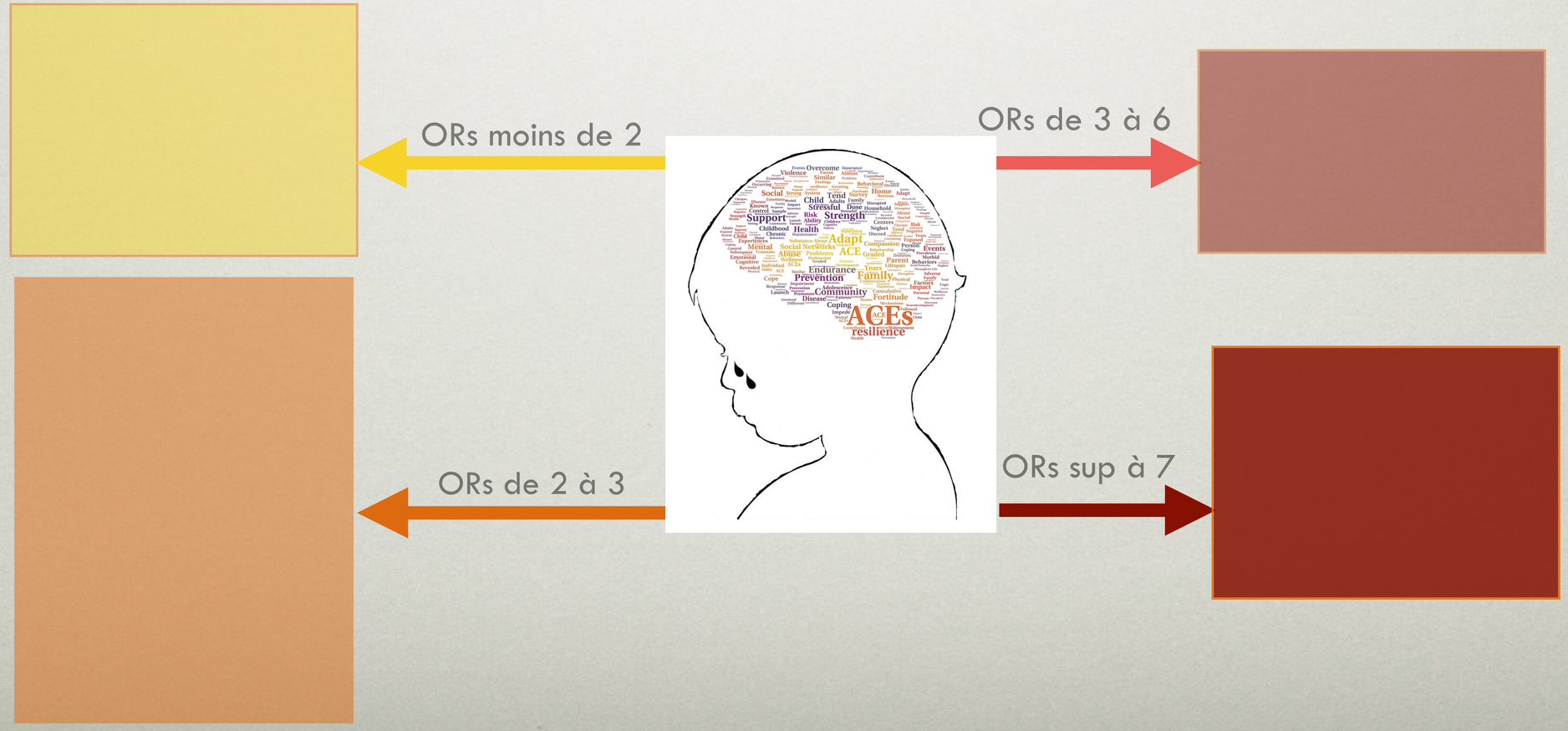
Perspective de vie

Naissance

The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis

Lancet Public Health 2017; 2: e356–66

Karen Hughes, Mark A Bellis, Katherine A Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, Michael P Dunne



The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis

Lancet Public Health 2017; 2: e356–66

Karen Hughes, Mark A Bellis, Katherine A Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, Michael P Dunne

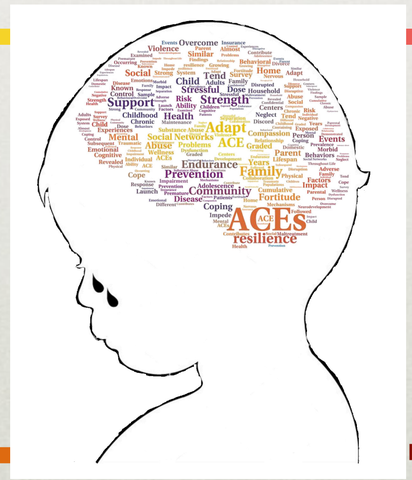
Par comparaison aux personnes sans aucune confrontation à des événements négatifs durant l'enfance, ceux qui en ont été confrontés à de l'adversité….

- Activité physique
- Surpoids
- Diabète

ORs moins de 2

ORs de 3 à 6

- Sexualité
- Santé mentale



- Tabac
- Alcool
- Santé perçue
- Cancer
- MCV
- Respiratoires

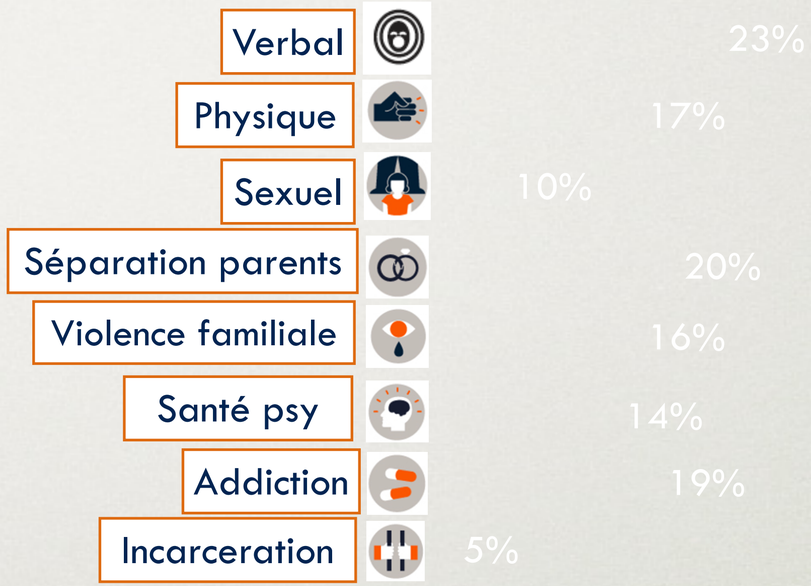
ORs de 2 à 3

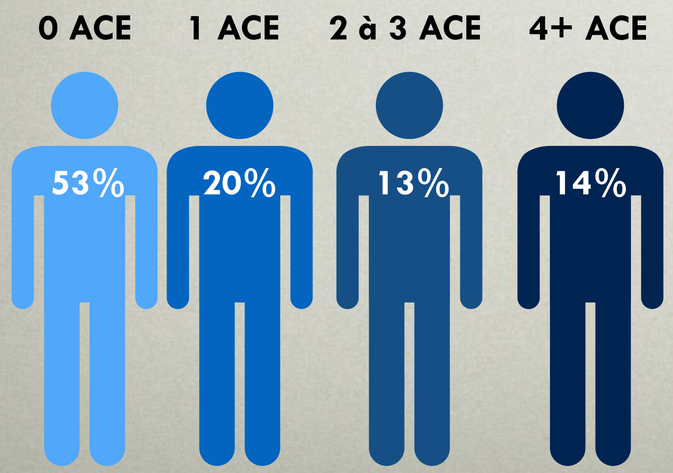
ORs sup à 7

- Drogue
- Violence inter
- Violence intra



Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans

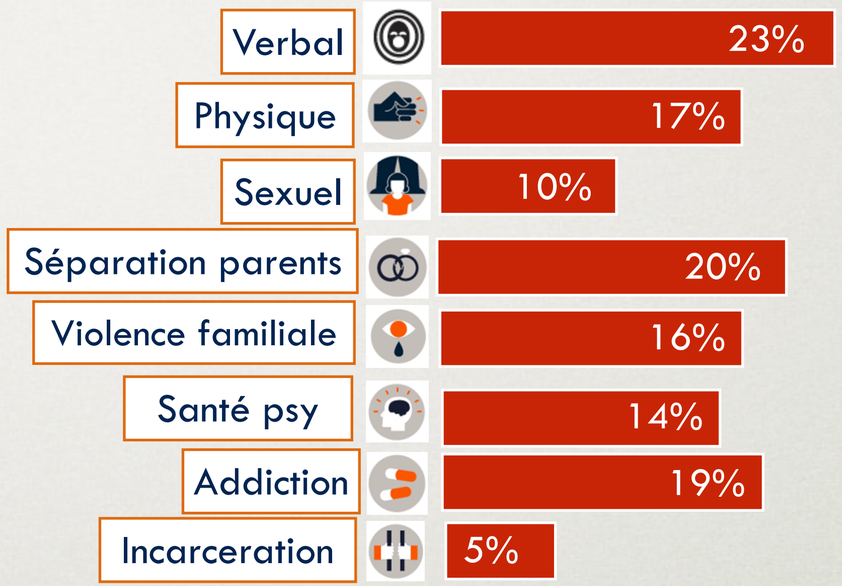


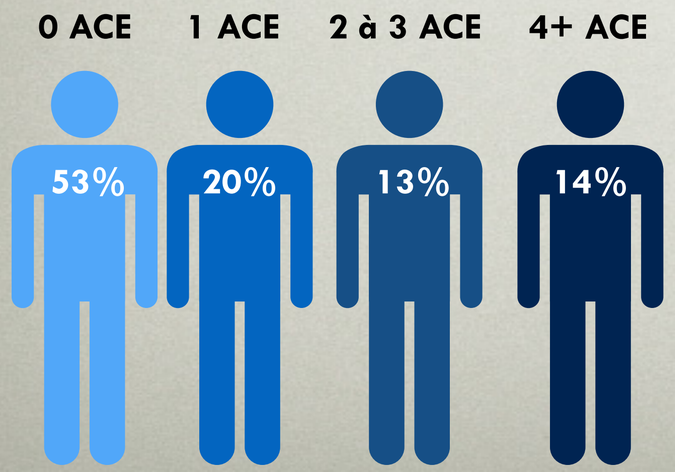


Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.



Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans





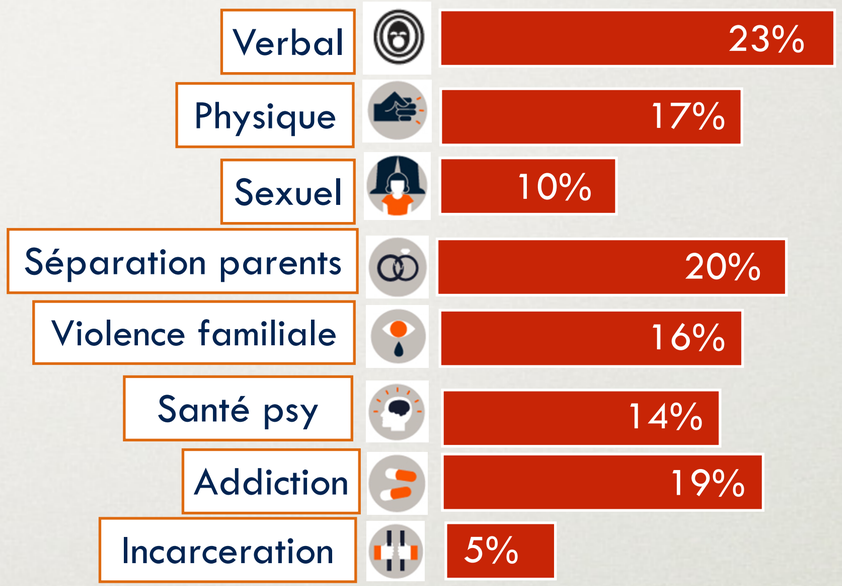
Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.

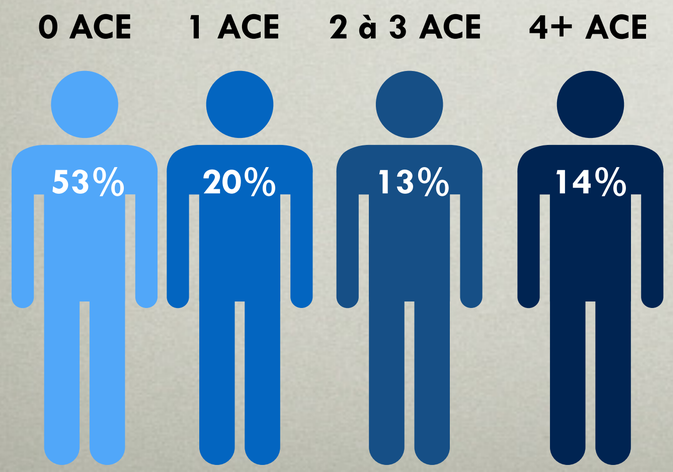
GIG CYMRU NHS WALES | Iechyd Cyhoeddus Cymru Public Health Wales

Adverse Childhood Experiences

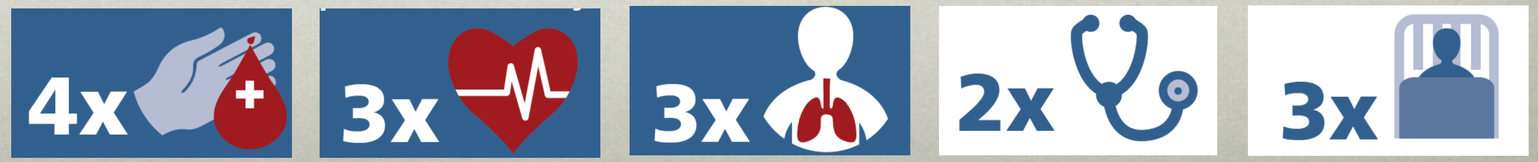
and their association with chronic disease and health service use in the Welsh adult population

Etude de Ashton et al. (2016) qui a portée sur 2000 adultes au Pays de Galles âgés de 18 ans à 69 ans





Jusqu'à 69 ans les personnes ayant vécu plus de 4 ACE sont **2 X** plus susceptibles de souffrir d'une maladie chronique que ceux qui n'en n'ont pas vécu.

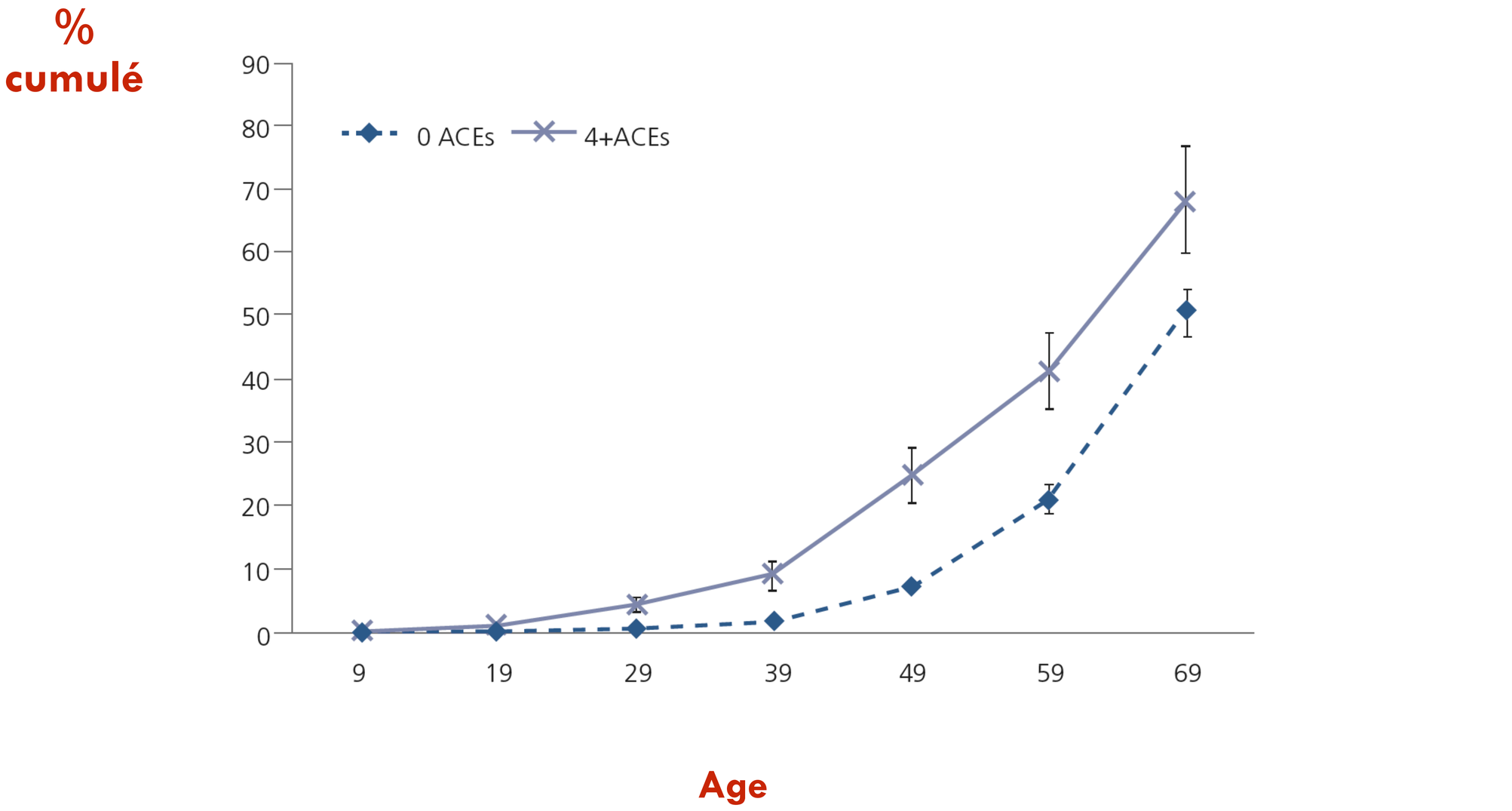


Diagnostic de **maladies chroniques** rapporté selon l'âge et le nombre d'ACE

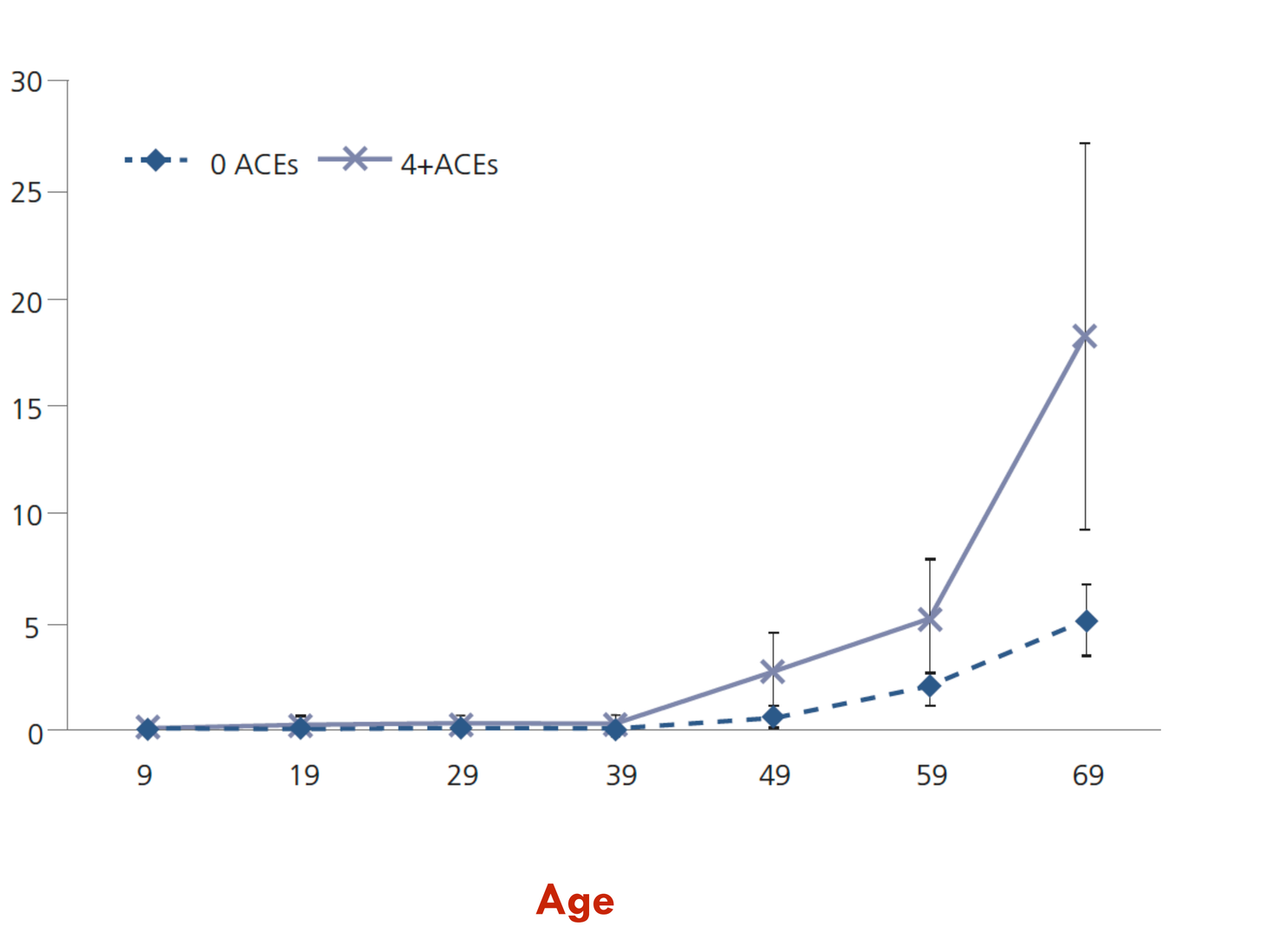
%
cumulé

Age

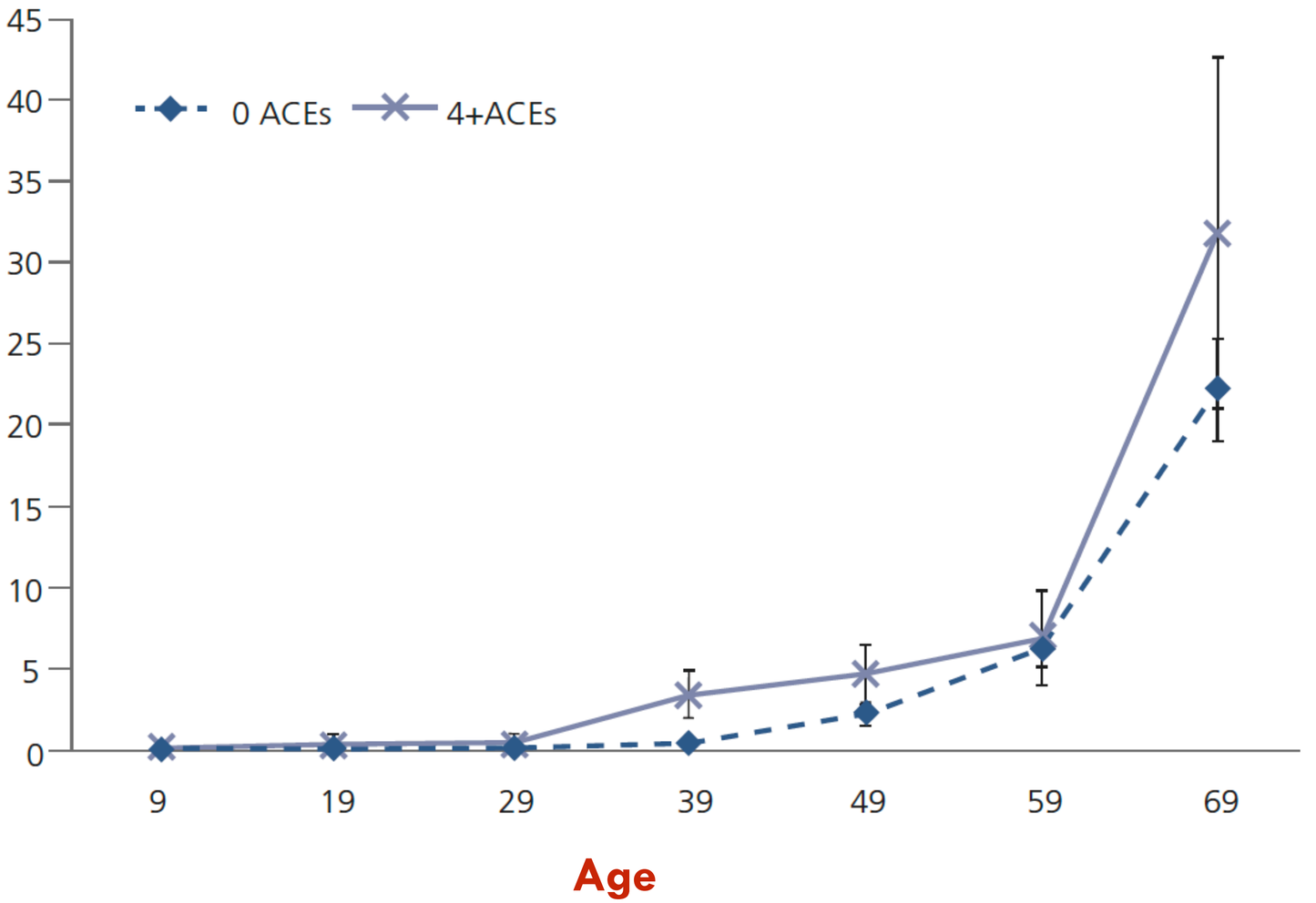
Diagnostic de **maladies chroniques** rapporté selon l'âge et le nombre d'ACE



Diagnostic de **MCV** rapporté selon l'âge et le nombre d'ACE



Diagnostic de **Cancer** rapporté selon l'âge et le nombre d'ACE



ORs de 1.5

ORs de 1.3 à 5.7 pour les femmes



ORs sup à 1.3 à 1.4

Le cas particulier des troubles cardiovasculaires

Plusieurs équipes scientifiques se sont penchées sur les liens pouvant exister entre ACEs et maladies cardiovasculaires à l'âge adulte -- et notre équipe a récemment publié plusieurs articles scientifiques sur ACEs et infarctus du myocarde

Le cumul d'ACEs,…. un risque d'autant plus grand!

….la présence de 4 ACEs augmenterait de 88% le risque ultérieur d'infarctus

Maltrairance psychologique

ORs de 1.5

Négligence physique/ émotionnelle

ORs de 1.3 à 5.7 pour les femmes



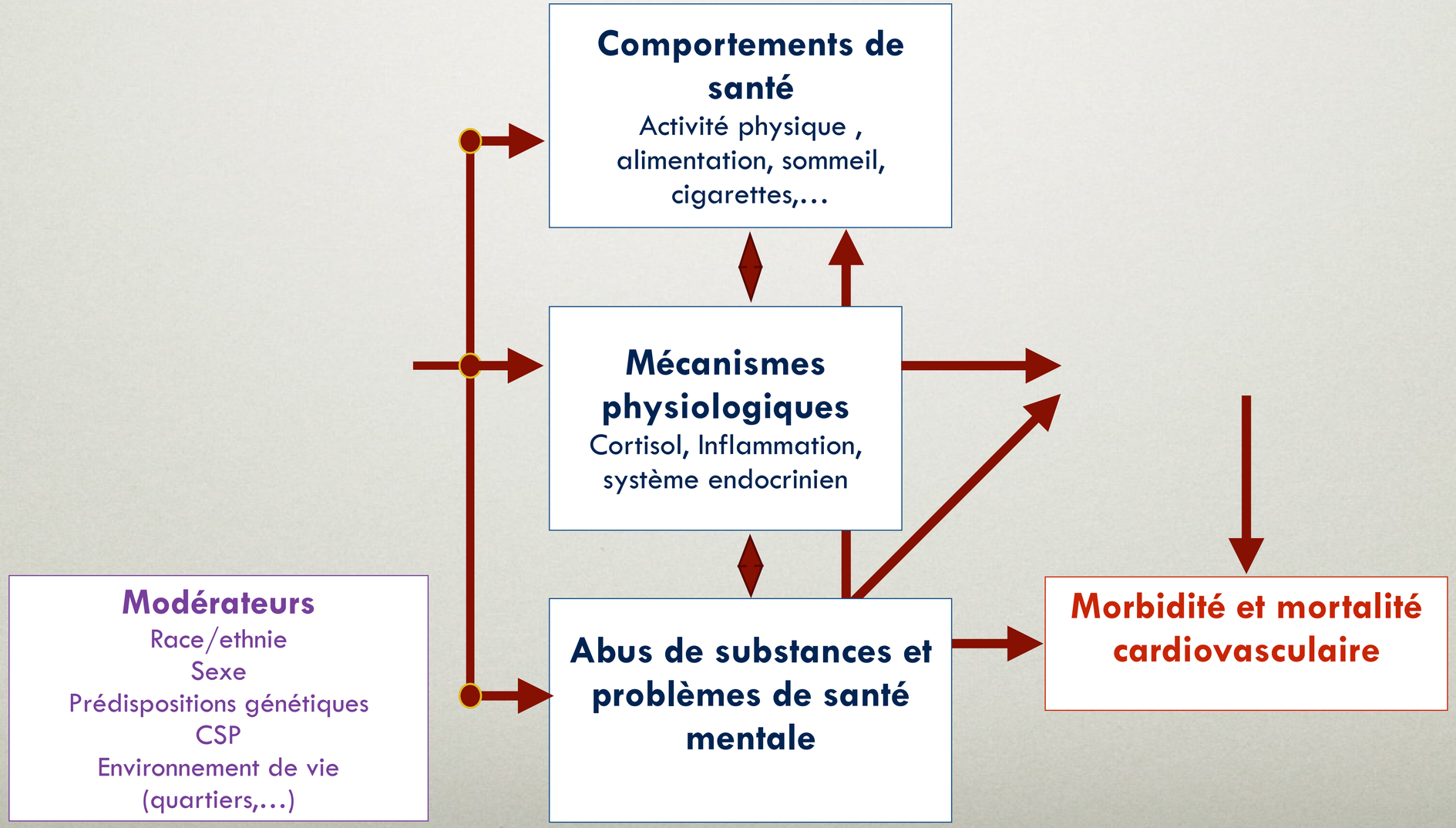
Violence domestique

Troubles psy d'un adulte

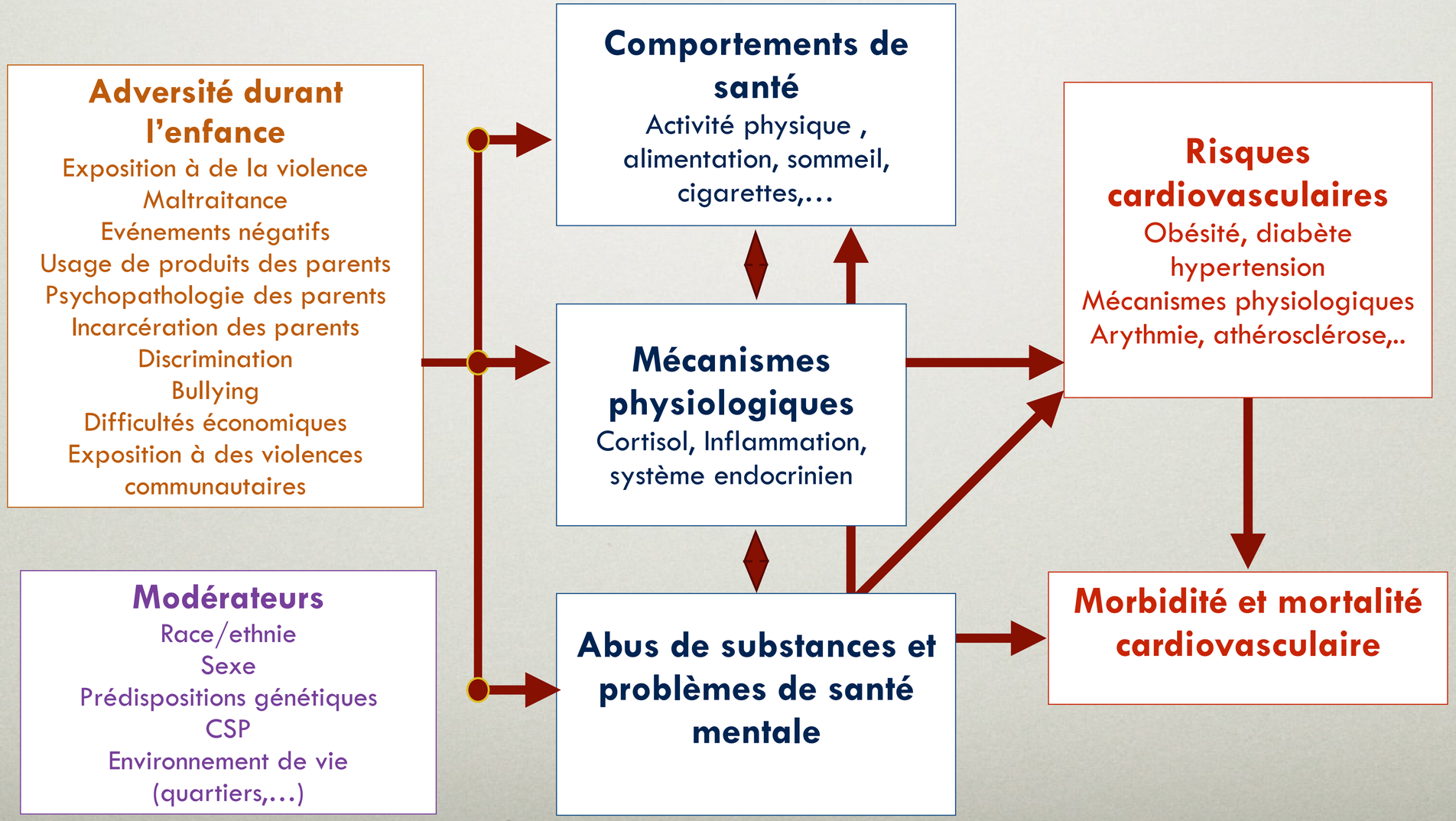
Abus de substances

ORs sup à 1.3 à 1.4

Suglia & al. (2018) dans le journal « Circulation » ont publié un article clair…

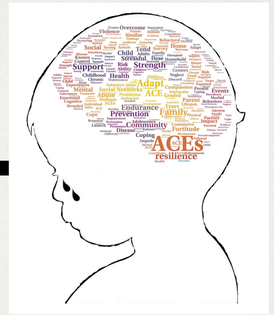


Suglia & al. (2018) dans le journal « Circulation » ont publié un article clair…



Pourquoi un tel lien?

Pourquoi un tel lien?

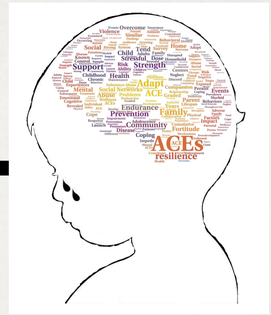


Pourquoi un tel lien?

Anxiété

Dépression

TSPT



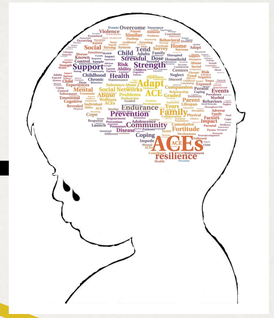
Pourquoi un tel lien?



Anxiété

Dépression

TSPT



Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

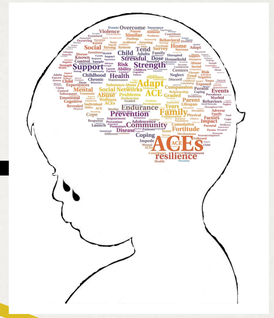
Pourquoi un tel lien?

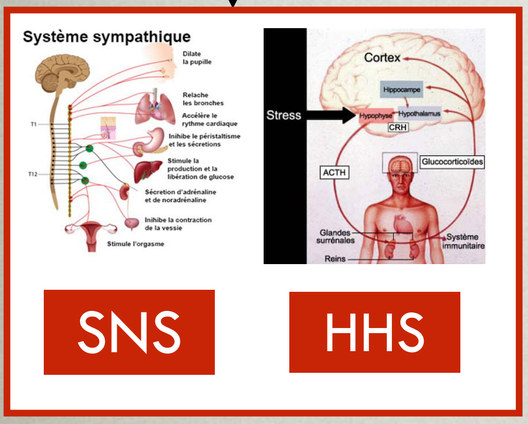


Anxiété

Dépression

TSPT





Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

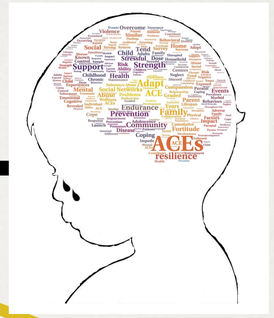
Pourquoi un tel lien?

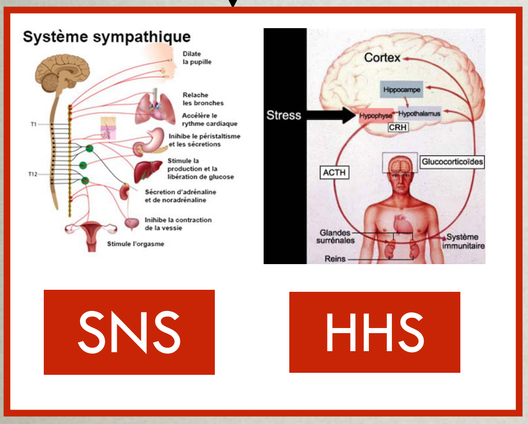


Anxiété

Dépression

TSPT





Etude
INTERHEART
(Yusuf & al., 2004)

24000 sujets, 52 pays
(1:ApoB/ApoA;
2. Cigarettes; **3. Stress**)

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

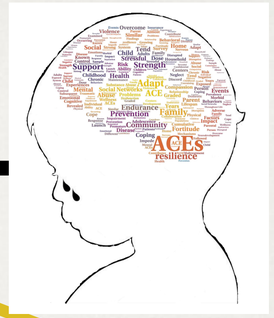
Pourquoi un tel lien?

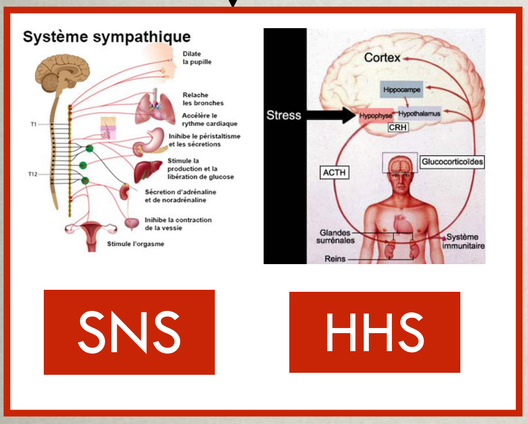


Anxiété

Dépression

TSPT





Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

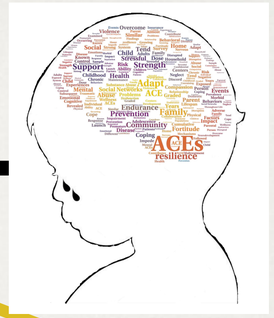
Pourquoi un tel lien?

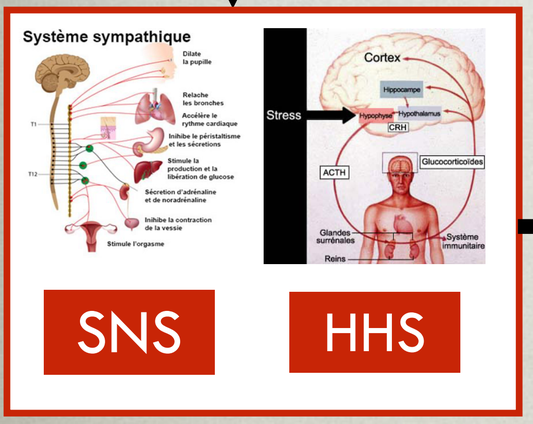


Anxiété

Dépression

TSPT





Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme
Addiction
Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

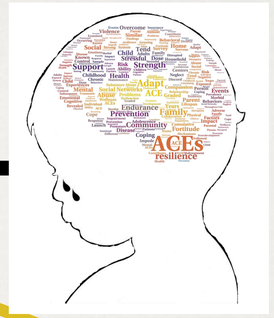
Pourquoi un tel lien?

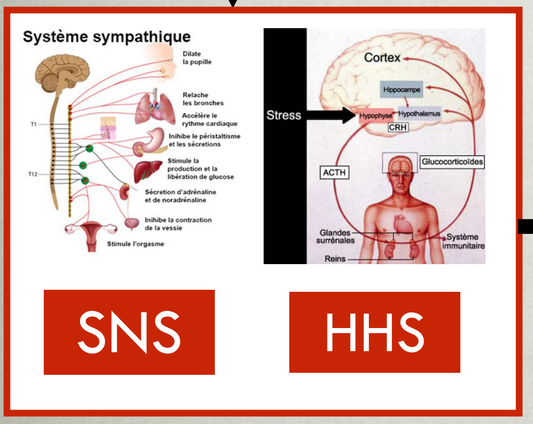


Anxiété

Dépression

TSPT





Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme

Addiction

Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

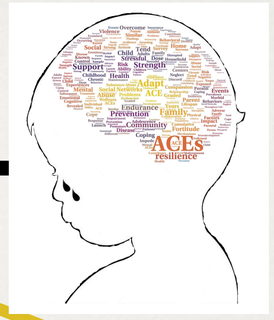
Pourquoi un tel lien?



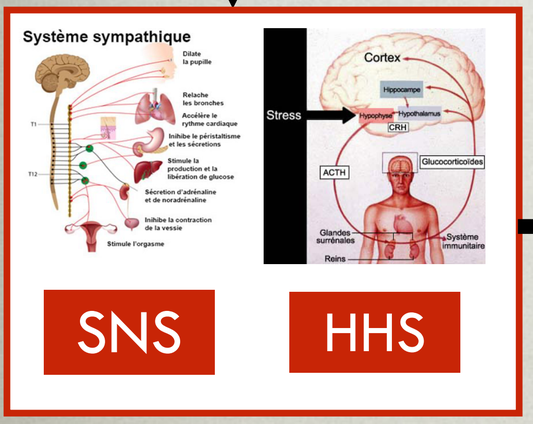
Anxiété

Dépression

TSPT







Maladies cardiovasculaires

Ischémie Myocardique

Arythmies

Tromboses

Infarctus

Tabagisme

Addiction

Sédentarité

↗ Risque d'hypertension artérielle

↗ Risque maladies métaboliques (diabète, obésité, IMC,..)

Allez on résume!



Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

La recherche a très clairement identifié les processus en jeu

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

La recherche a très clairement identifié les processus en jeu

On peut (donc bien) être malade de son enfance

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

La recherche a très clairement identifié les processus en jeu

On peut (donc bien) être malade de son enfance

Les conséquences peuvent survenir longtemps après le trauma inaugural

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

La recherche a très clairement identifié les processus en jeu

On peut (donc bien) être malade de son enfance

Les conséquences peuvent survenir longtemps après le trauma inaugural

Il convient de toujours inscrire les troubles et les maladies dans l'histoire de vie des patients

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de troubles psychologiques à l'âge adulte

Il existe une relation dose-effet entre les ACEs et la survenue de maladies physiques à l'âge adulte

La recherche a très clairement identifié les processus en jeu

On peut (donc bien) être malade de son enfance

Les conséquences peuvent survenir longtemps après le trauma inaugural

Il convient de toujours inscrire les troubles et les maladies dans l'histoire de vie des patients

Il convient de situer un symptôme dans un tableau clinique plus global, ces derniers ne sont que rarement isolés

4.

4.
Psychopathologie de certaines adversités

L’Arbre (ou les arbres) qui cache(nt) la forêt!



Un contexte de concurrence entres les adversités, selon les époques

Débat idéologique

…quid des autres ACE?

À l’origine était le traumatisme !

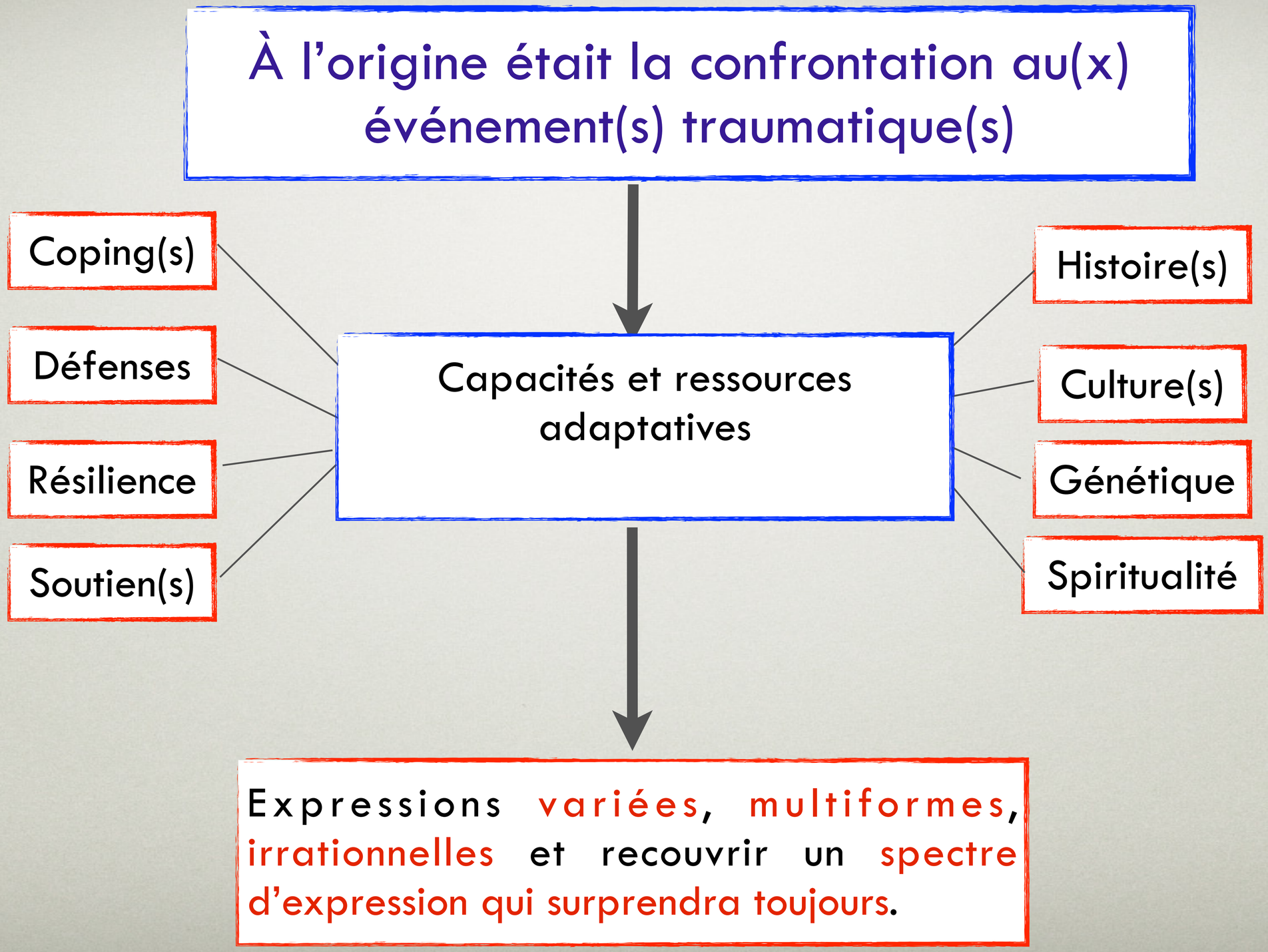
Débordent les limites du sujet.

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d’expression qui surprendra toujours.

À l'origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)

Capacités et ressources adaptatives

Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours.


À l'origine était la confrontation au(x) événement(s) traumatique(s)
Coping(s)
Défenses
Résilience
Soutien(s)
Capacités et ressources adaptatives
Histoire(s)
Culture(s)
Génétique
Spiritualité
Expressions variées, multiformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours.

Evénement Traumatique

Incident critique



Evénement Traumatique



Trauma simple ou TSPT

Trauma complexe

Pseudo.Epileps

T. anxieux

Borderline

Dépression

Douleurs physiques

Dissociation

Psychotraumatisme complexe

Dès 1985, Finkelhor et Browne (1985) affirmaient déjà que le TSPT n'était pas en mesure de rendre suffisamment compte de la diversité des symptômes observés chez les victimes d'agression sexuelle favorable.

Dès 1985, Finkelhor et Browne (1985) affirmaient déjà que le TSPT n'était pas en mesure de rendre suffisamment compte de la diversité des symptômes observés chez les victimes d'agression sexuelle favorable.

C'est au environ de la même période que l'idée de stress post-traumatique complexe fut introduite par Judith Lewis Herman en 1992 dans son livre « Trauma and recovery » pour décrire les effets d'expériences traumatiques multiples et/ou chroniques et prolongées.

-Dans un article qu'elle publia en 1992 (Herman, 1992b) elle présenta une sémiologie et une étiologie du trauma complexe en spécifiant notamment qu'une telle symptomatologie est le plus souvent déterminée par un processus traumatique particulièrement intense et fréquent (en tous cas vécu comme tel).

-Dans un article qu'elle publia en 1992 (Herman, 1992b) elle présenta une sémiologie et une étiologie du trauma complexe en spécifiant notamment qu'une telle symptomatologie est le plus souvent déterminée par un processus traumatique particulièrement intense et fréquent (en tous cas vécu comme tel).

-Les symptômes d'un trauma complexe sont en outre plus durables, plus variés et moins prototypiques que ceux d'un TSPT (ou trauma simple). Ils peuvent même conduire à des changements au niveau de la personnalité de la victime, à une modification majeure des relations aux autres et du rapport à soi.

Léonore Terr (1991) fut l'autre grande instigatrice de cette nouvelle conception du trauma. Elle proposa quant à elle le terme de traumatisme de type II. Ce dernier serait le fait d'« un évènement qui s'est répété, qui a été présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une période de temps. Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif ».

-Leonore Terr et Judith Herman s'inscrivent toutes deux dans une perspective développementale qu'elles jugent essentielle pour comprendre le processus de traumatisation lorsque ce dernier est prolongés et répétés durant l'enfance.

-Leonore Terr et Judith Herman s'inscrivent toutes deux dans une perspective développementale qu'elles jugent essentielle pour comprendre le processus de traumatisation lorsque ce dernier est prolongés et répétés durant l'enfance.

- De telles expositions durant l'enfance sont à même d'entraver le développement de l'enfant, notamment en ce qui concerne la construction de son identité et ses capacités à être en relation avec les autres.

-Judith Herman a alors propose l'ajout dans le DSM-IV du diagnostic de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) qu'elle jugeait plus approprié aux traumas psychologiques répétés et prolongés.

-Judith Herman a alors propose l'ajout dans le DSM-IV du diagnostic de Trouble de Stress Post-Traumatique Complexe (TSPT-C) qu'elle jugeait plus approprié aux traumas psychologiques répétés et prolongés.

- Avec l'ajout du terme complexe, il s'agissait de mettre en évidence la complexité, la diversité, la multiplicité et l'hétérogénéité des symptômes présents chez les victimes de traumas répétés.

Définition du traumatisme complexe de Courtois et Ford (2013)

Courtois et Ford (2013) ont proposé une définition somme toute assez consensuelle du trauma complexe. Selon ces auteurs, il s'agit d'expériences qui :

- sont de nature interpersonnelle et impliquent souvent la trahison ;

- sont répétées ou prolongées ;

- impliquent un tort direct par différentes formes d'abus (VIOLENCE) (psychologiques/émotionnels, physiques et sexuels), de négligence, ou d'abandon de personnes en charge des soins, de la protection, ou l'encadrement des victimes, généralement des jeunes ou de leurs propres enfants (parents ou membres de la famille, enseignants, entraîneurs, conseillers religieux), ou les pertes traumatiques de ces relations ;

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

I. Altérations dans la régulation des affects

A. Dysphorie persistante

B. Préoccupation suicidaire chronique

C. Autodestruction

D. Colère explosive ou extrêmement inhibée (peut alterner)

E. Sexualité compulsive ou extrêmement inhibée (peut alterner)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

II. Altérations de la conscience

A. Amnésie ou hypermnésie pour les évènements traumatiques

B. Episodes transitoires dissociatifs

C. Dépersonnalisation/ déréalisation

D. Reviviscence des expériences (sous formes d'idées intrusives ou de ruminations

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

III. Altérations de l'auto-perception

A. Sensation d'impuissance ou paralysie de l'initiative

B. Honte, culpabilité et blâme de soi

C. Sensation de souillure et de stigmate

D. Sensation de différence complète par rapport aux autres (peut contenir la sensation d'être particulier ou d'être seul, la conviction que personne ne peut le comprendre voire la conviction d'avoir une identité

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

IV. Altérations dans la perception de l'auteur de l'agression

A. Préoccupation dans les relations avec l'auteur de l'agression

B. Attribution peu réaliste du pouvoir total de l'auteur de l'agression

C. Idéalisation ou gratitude paradoxale

D. Sensation d'une relation spéciale ou surnaturelle

E. Acceptation du système de croyances ou rationalisation de l'auteur de l'agression

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

V. Altération dans les relations avec les autres

A. Isolement et repli

B. Perturbation dans les relations intimes

C. Recherches répétées d'un sauveur (pouvant alterner avec l'isolement et le repli)

D. Perturbation persistante

E. Défaillance répétée ou autoprotection

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

Critères diagnostiques du

Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

VI. Altérations dans le système des sens

A. Perte de confiance

B. Sensation d'impuissance ou de désespoir

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

I. Altérations dans la régulation des affects et impulsions (critère A et un critère entre B et F requis)

A. Régulation des affects

B. Modulation de la colère

C. Autodestruction

D. Préoccupation suicidaire

E. Difficulté dans la modulation sexuelle

F. Prise de risque excessive

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

II. Altérations dans l'attention ou la conscience (A et B requis)

A. Amnésie

B. Épisodes transitoires dissociatifs et dépersonnalisation

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

III. Altérations de la perception de soi (deux critères requis)

A. Inefficacité/impuissance

B. Dommage permanent

C. Culpabilité et responsabilité

D. Honte

E. Personne ne peut comprendre

F. Minimisation (prétendre que tout va bien)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

IV. Altération dans les relations avec les autres (un critère requis)

A. Incapacité de faire confiance

B. Revictimisation

C. Victimisation des autres

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

V. Somatisation (deux critères requis)

A. Système digestif

B. Douleur chronique

C. Symptômes cardio-pulmonaires

D. Symptômes de conversion

E. Symptômes sexuels

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

Critères diagnostiques du **DESNOS**

(Luxenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

VI. Altération du système de croyance (A et B requis)

A. Désespoir

B. Perte de croyances autrefois soutenantes

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

I. Exposition durant l'enfance ou l'adolescence à des traumatismes multiples ou prolongés

A. Victimisation interpersonnelle : victime ou témoin d'agressions ou de sévices physiques ou sexuels, ou témoin de violence domestique

B. Perturbation de l'attachement à un caregiver primaire : séparation prolongée d'avec un soignant primaire ou négligence ou violence verbale/émotionnelle de sa part.

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

II. Dérégulation physiologique et affective (3 critères requis).

A. Incapacité à moduler, tolérer ou se remettre d'états d'affects extrêmes (par exemple, la peur, la colère, la honte), y compris les crises de colère prolongées et extrêmes, ou l'immobilisation,

B. Perturbations dans la régulation de certaines fonctions corporelles (par exemple, troubles du sommeil, de l'alimentation, de la digestion, aversion au toucher, détresse/maladie somatique qui ne peut être expliquée/résolue),

C. Accès altéré aux émotions et aux états corporels (Absence d'émotion, anesthésie physique qui ne peut être médicalement expliquée/résolue)

D. Difficulté à décrire les émotions ou les sensations corporelles (alexithymie, capacité réduite à reconnaître ou exprimer des sentiments ou un état somatique).

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

III. Difficultés dans la régulation physiologique et affective (2 critères sur 5 sont requis)

A. Préoccupation pour la menace ou capacité réduite à percevoir la menace, y compris une mauvaise interprétation des signaux de sécurité et de danger (Rumination liée à la menace, hyper ou hypo vigilance face à un danger réel ou potentiel)

B. Capacité réduite d'autoprotection, (prise de risques extrêmes ou recherche de sensations fortes, provocation intentionnelle de conflit ou de violence)

C. Tentative d'auto-régulation à travers des comportements d'auto-apaisement : balancement et autres mouvements rythmiques, masturbation compulsive),

D. Autodestruction non suicidaire

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

IV. Difficultés dans la régulation des relations sociales (2 critères sur 6 sont requis) (1)

A. Dégoût de soi, y compris avec un sentiment d'être irrémédiablement abimé et sali

B. Attachement insécure et désorganisé

C. Schéma relationnel basé sur la trahison (méfiance extrême et persistante, défiance ou absence de comportement réciproque dans les relations étroites avec les adultes ou les pairs),

D. Agression verbale ou physique réactive envers des pairs ou d'autres adultes (motivée principalement par la prévention/réponse à un préjudice ou à une blessure).

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

IV. Difficultés dans la régulation des relations sociales (2 critères sur 6 sont requis) (2)

E. Altérations des limites psychologiques Tentatives inappropriées (excessives ou de mœurs légères) d'établir un contact intime (y compris, mais sans s'y limiter, une intimité sexuelle ou physique), ou une dépendance excessive à l'égard de pairs ou d'adultes pour trouver sécurité et réconfort)

F. Déficience de l'empathie interpersonnelle (capacité réduite à réguler l'excitation empathique, comme en témoigne le manque d'empathie ou l'intolérance à l'égard des expressions de la détresse d'autrui, ou une réactivité excessive à la détresse d'autrui).

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

V. Symptôme de Trouble de Stress Post-traumatique.

Persistance des symptômes B, C, D et E du DSM-4 pendant au moins 6 mois.

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

VI. Déficience dans certains domaines (1)

A. Scolaire : sous-performance, absentéisme, problèmes disciplinaires, abandon, échec scolaire, conflit avec le personnel scolaire, difficultés d'apprentissage ou déficience intellectuelle qui ne peut être expliquée par des facteurs neurologiques ou autres,

B. Familial : conflit, évitement/passivité, fugue, détachement et remplacement par des substituts, tentatives de blesser physiquement ou émotionnellement des membres de la famille, non-accomplissement des responsabilités au sein de la famille,

C. Groupe de pairs : isolement, affiliations déviantes, conflits physiques ou émotionnels persistants, évitement/passivité, participation à des actes de violence ou dangereux, affiliations ou style d'interaction inappropriés à l'âge,

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD)

(Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

Critères diagnostics du **Developmental Trauma Disorder** (DTD) (Van der Kolk, 2005 ; Van der Kolk et al., 2009)

VI. Déficience dans certains domaines (2)

D. Juridique : arrestation/récidive, détention, condamnations, incarcération, violation d'une mise à l'épreuve ou d'autres décisions de justice, infractions de plus en plus graves, crimes contre d'autres personnes, mépris ou outrage à la loi ou aux normes morales conventionnelles.

E. Santé : maladie ou problèmes physiques qui ne peuvent être entièrement pris en compte, blessure ou dégénérescence physique, impliquant les systèmes digestif, neurologique (y compris les symptômes de conversion et l'analgésie), sexuel, immunitaire, cardio-pulmonaire, proprioceptif ou sensoriel, céphalées graves (y compris la migraine), ou douleur ou fatigue chronique.

Depuis juin 2018 la CIM-11 (WHO, 2018) a intégré le diagnotic de PTSD complexe ou C-PTSD. Une différence existe donc entre le DSM-V et la CIM-11 qui en matière de reconnaissance du psychotraumatisme ont des positions pour la première très différentes.

La CIM-11 définit le C-PTSD comme « Le syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT complexe) est un trouble qui peut se développer à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent des événements prolongés ou répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (par exemple, la torture, l'esclavage, les campagnes de génocide, la violence domestique prolongée, les abus sexuels ou physiques répétés pendant l'enfance).

Comme on le voit, la conception proposée par l'OMS du trauma complexe s'inscrit dans une conception presque « additive » des phénomènes. Pour qu'un diagnostic de TSPT-C soit identifié, tous les symptômes d'un TSPT doivent être présents, auxquels s'ajoutent trois clusters supplémentaires qui concernent la « Perturbation dans l'organisation du soi » ou POS (Disturbance in self-organisation ou DSO) :

1. dérégulation des affects (Affective Dysregulation) ;

2. concept de soi négatif (Negative Self-Concept) - croyances négatives sur soi que le sujet va développer en permanence (perdant, sans valeur) accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec ;

3. perturbation dans les relations interpersonnelles (Disturbed Relationships) - difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres ;

La position de la CIM-11 est claire quant à l'élaboration du diagnostic :

soit nous sommes confrontés à un TSPT,

soit il s'agit d'un TSPT-C (TSPT + POS),

mais pas les deux !

Symptômes	TSPT	TSPT-C
Événement traumatique	*	*
Intrusion	*	*
Évitement	*	*
Activation	*	*
Régulation émotionnelle	**Perturbation dans l'image de soi (ou POS)**	*
Concept de soi négatif		*
Relation interpersonnelles perturbées		*

Evénement Traumatique

Incident critique



Evénement Traumatique



Traumatisme en terme de santé physique

Evénement Traumatique

Traumatisme en terme de santé psychologique

Une conception novatrice de la SANTE ?



Traumatisme en terme de santé physique



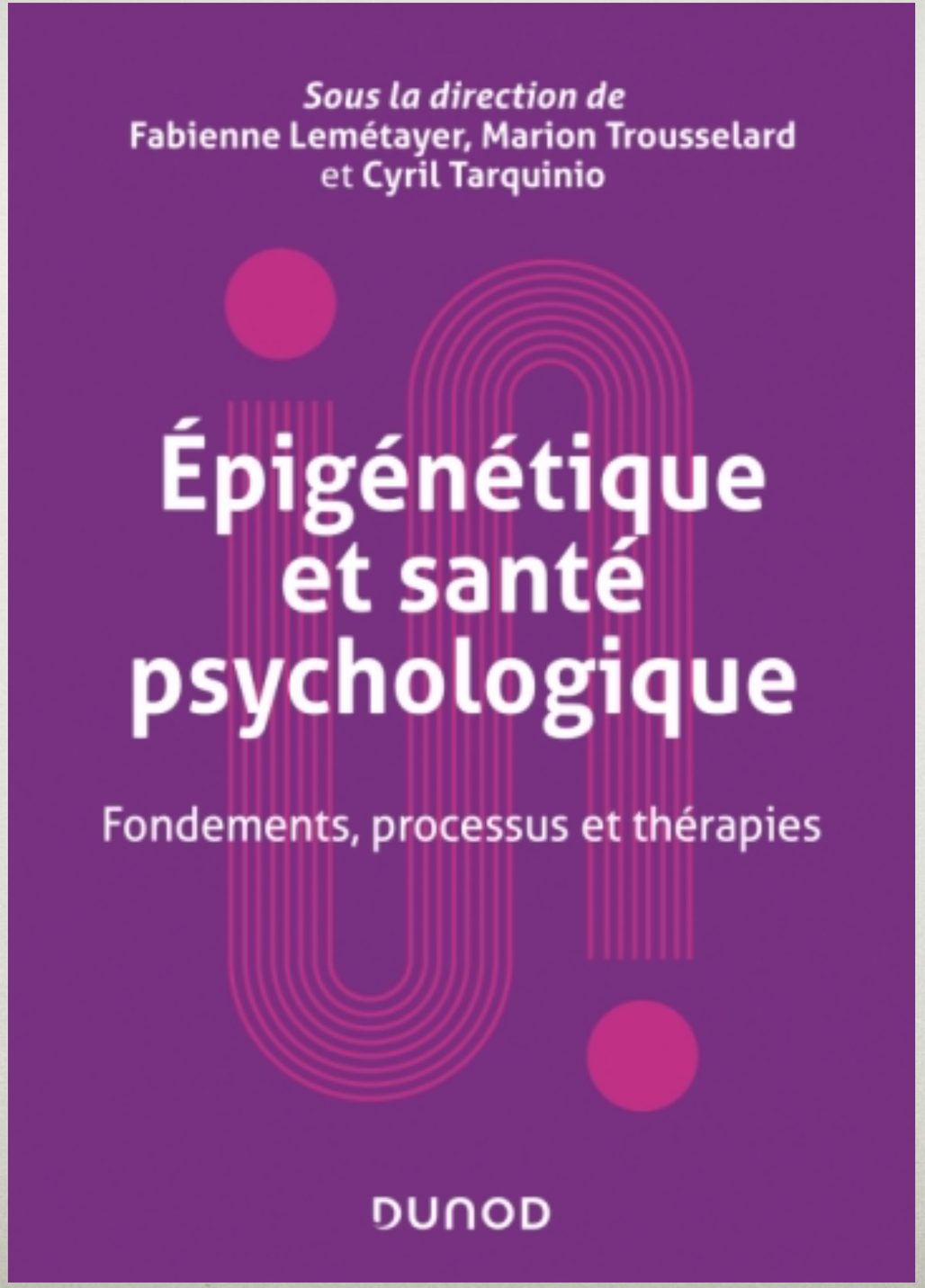
Evénement Traumatique



Traumatisme en terme de santé psychologique

5.

5.
Touché au plus profond de nous!


Sous la direction de
Fabienne Lemétayer, Marion Trousselard
et Cyril Tarquinio
Épigénétique et santé psychologique
Fondements, processus et thérapies
DUNOD

Rappels sur la génétique

Rappels sur la génétique

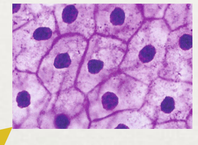
Génome

Patrimoine génétique d'une espèce

Nous sommes fait de différents types de cellules (37 milles milliards)

Rappels sur la génétique

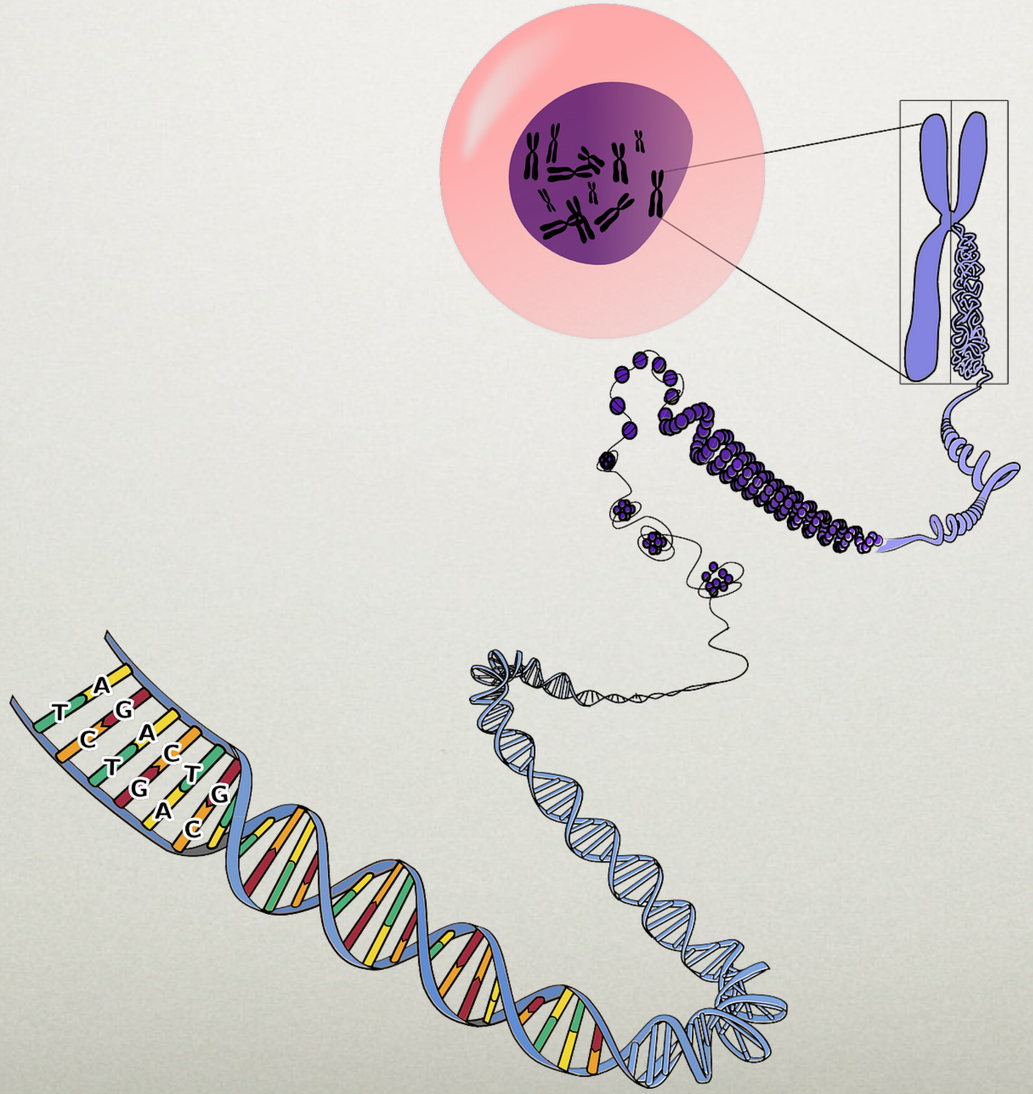
Génome



Nous sommes fait de différents types de cellules (37 milles milliards)

Rappels sur la génétique

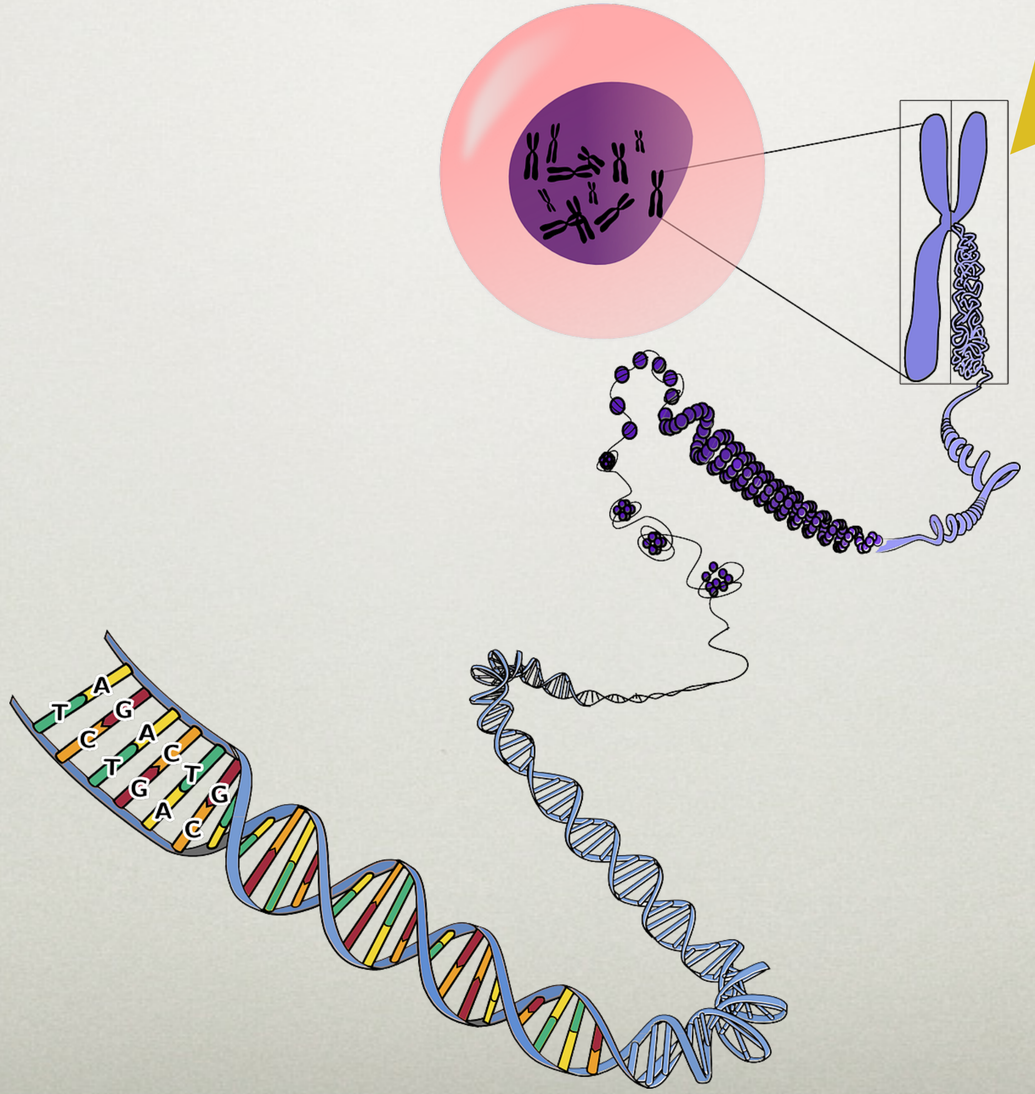
Génome



Rappels sur la génétique

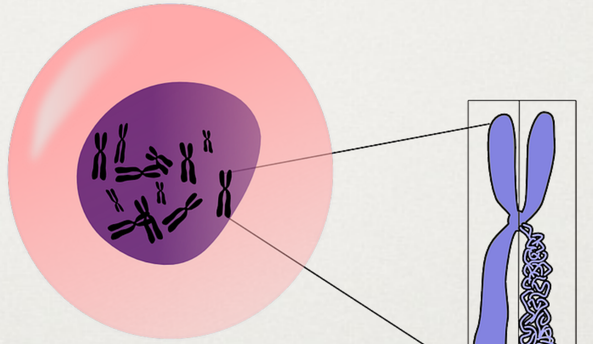
Génome

23 paires de chromosomes



Rappels sur la génétique

Génome





Gènes (20 milles) = petits morceaux de cette longue chaine qu'est l'ADN

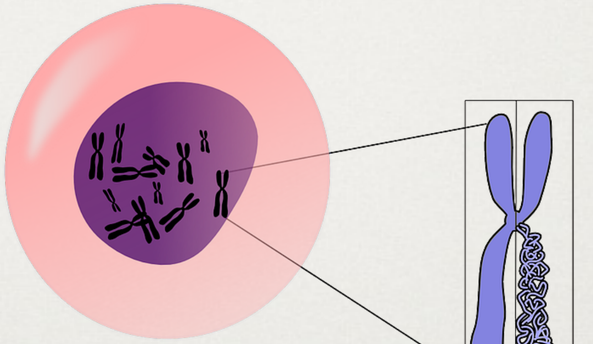
Acétylation

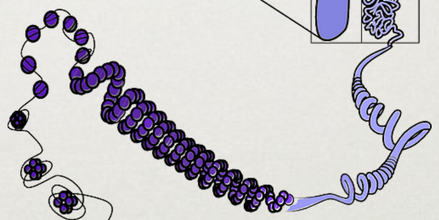


Expression du gène
=
Synthèse de protéines

Rappels sur la génétique

Génome





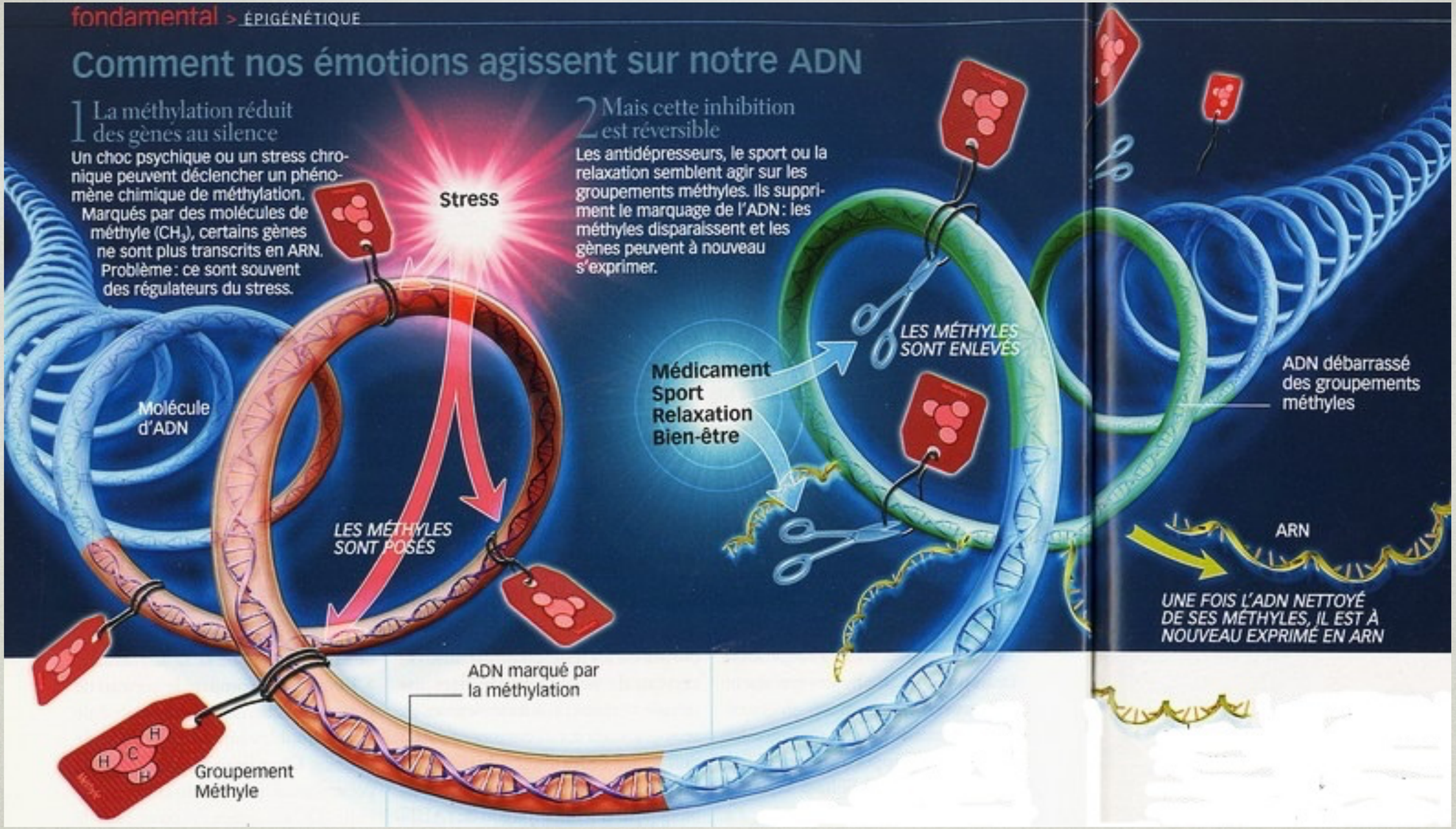


Acétylation

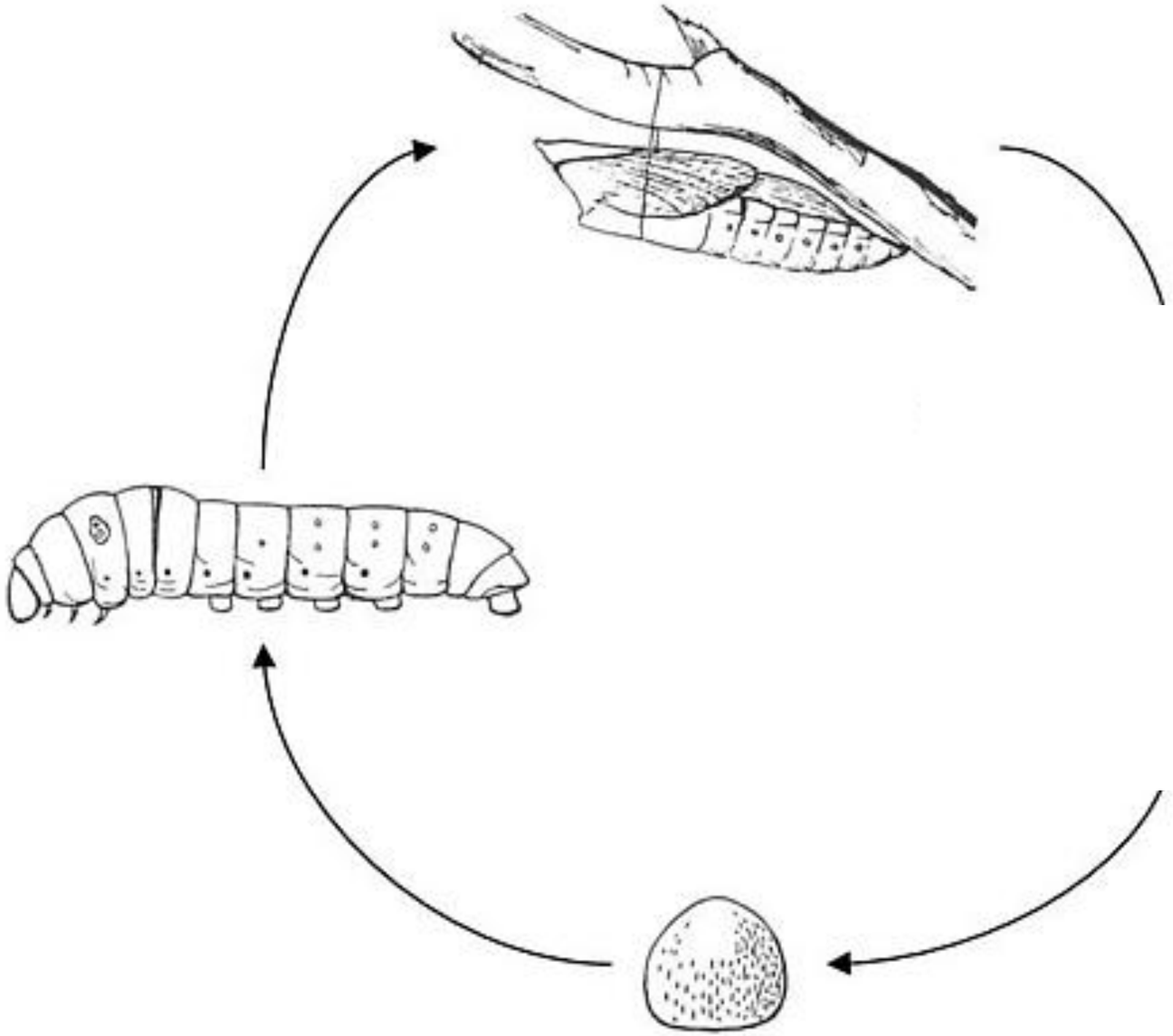
Methylation

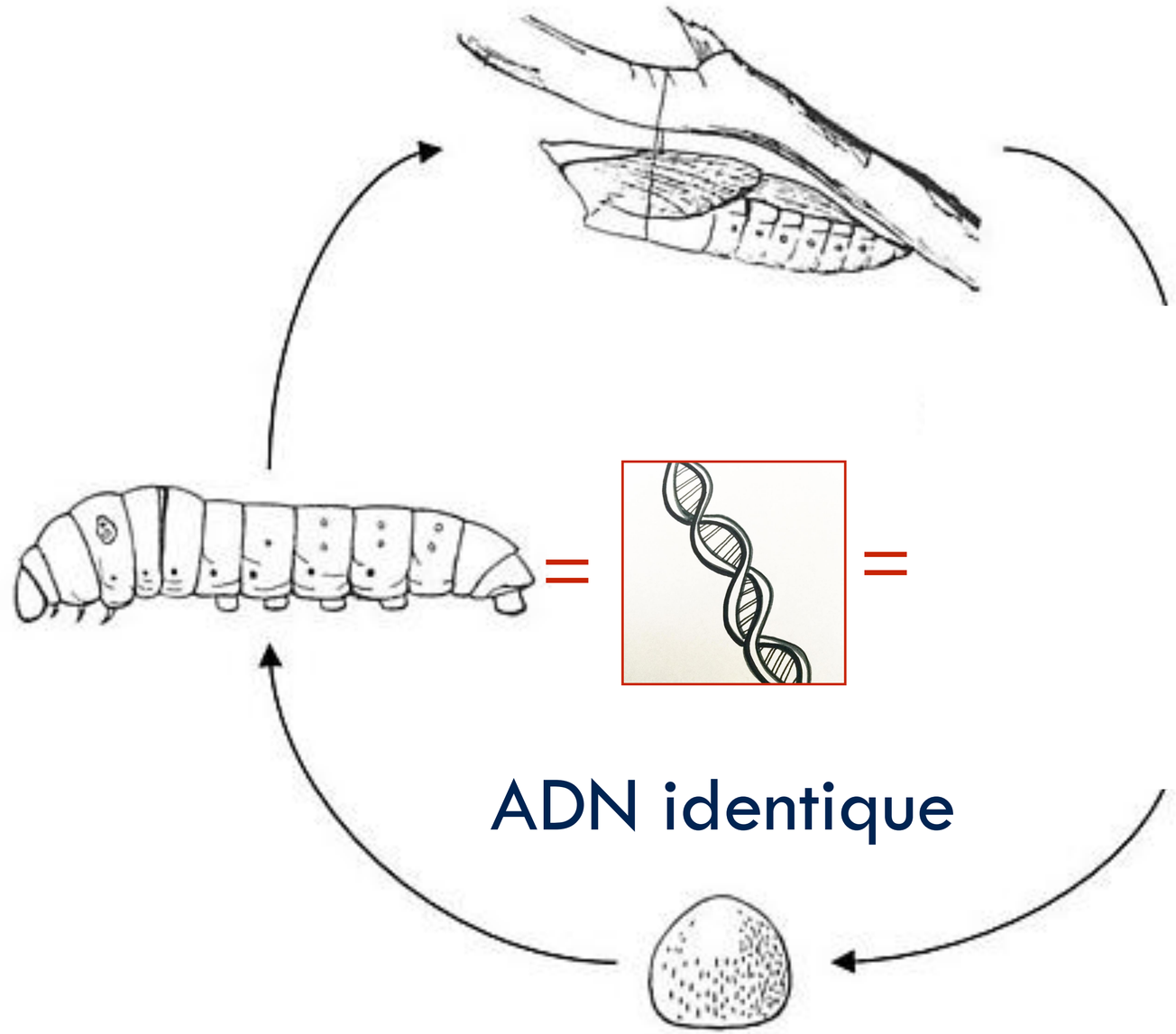
Non Expression du gène
=
Pas de Synthèse de protéines

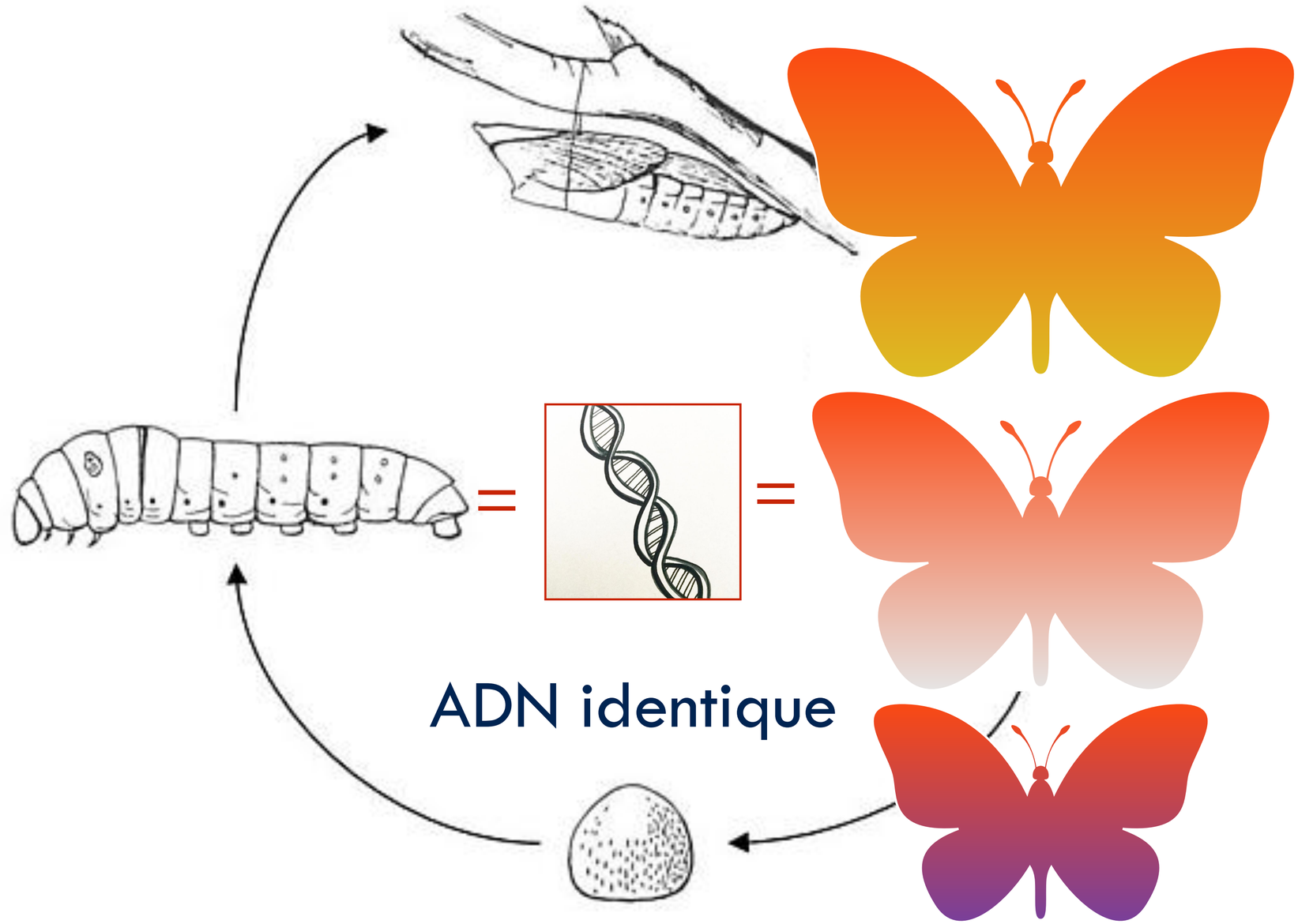
Gènes (20 milles) = petits morceaux de cette longue chaine qu'est l'ADN



Méthylation : inhibe la fabrication de protéine




=
=
ADN identique


=
=
ADN identique

Epigénétique

Changements dans l'expression des gènes

Pas de mutation de l'ADN

Réversible

Héritable



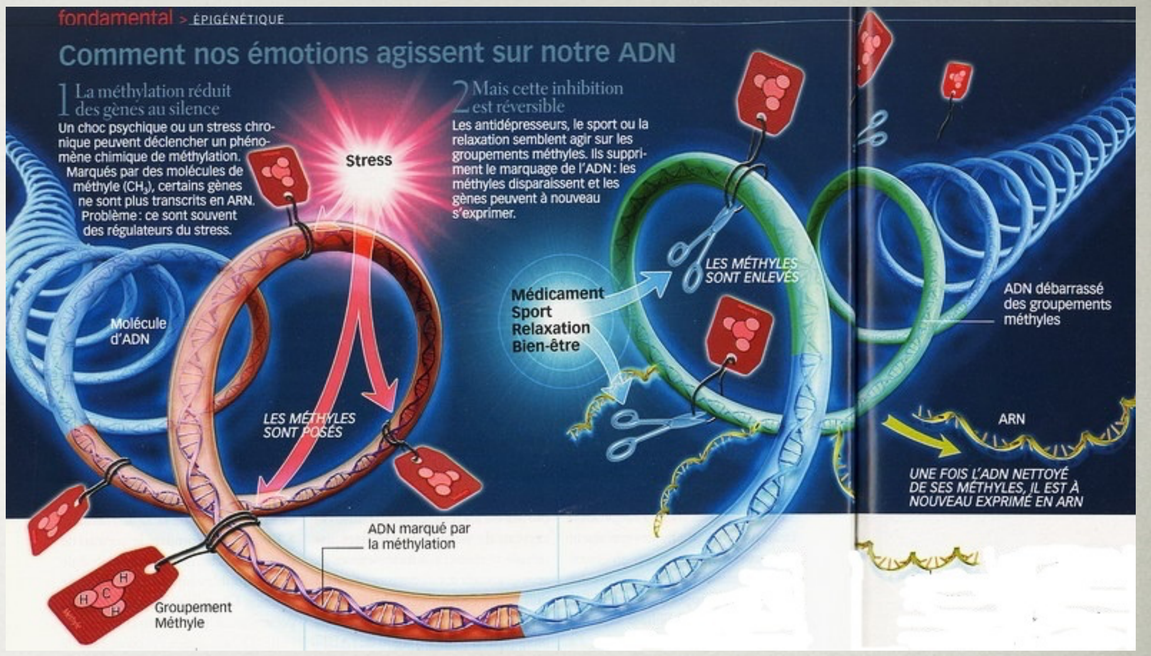
Epigénétique

Changements dans l'expression des gènes

Pas de mutation de l'ADN

Réversible

Héritable





Epigénétique

Changements dans l'expression des gènes

Pas de mutation de l'ADN

Réversible

Héritable

Maltraitance

↓

Méthylation du gène NR3C1

↓

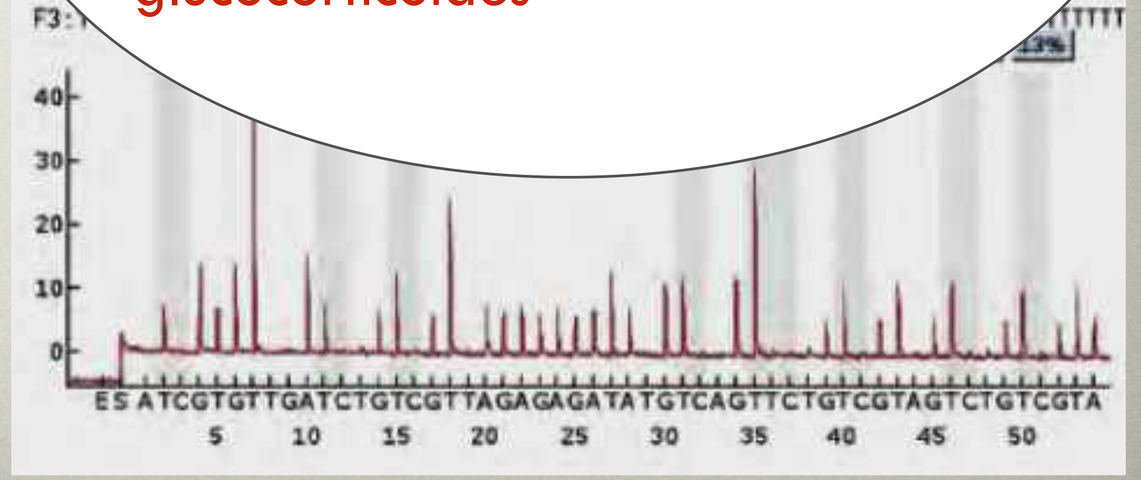
Pas assez de protéine pour inhiber la production de glucocorticoïdes

↓

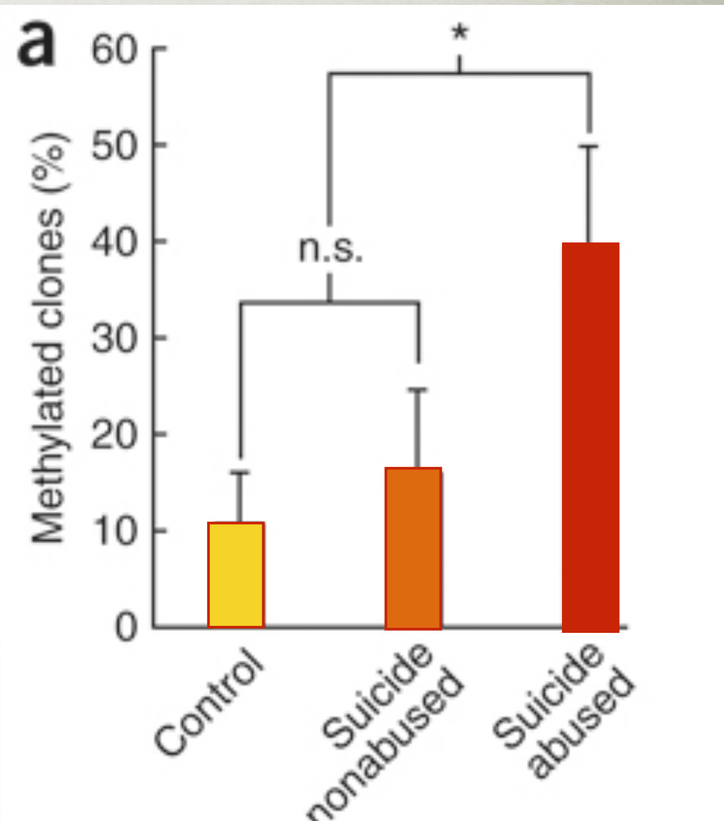
Réactions excessives au stress



Les premières modifications épigénétiques repérées portaient sur l'expression du gène NR3C1, qui contient les instructions de fabrication du récepteur des glucocorticoïdes

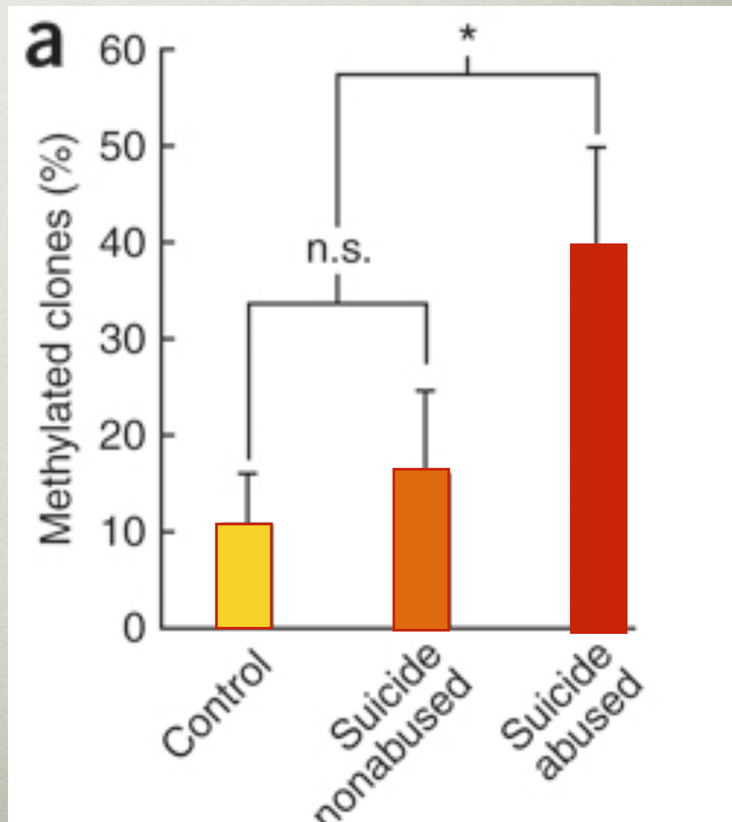





a
Methylated clones (%)
0
10
20
30
40
50
60
n.s.
*
Control
Suicide nonabused
Suicide abused



Etude post-mortem chez personnes décédées par suicide, sur le gène NR3C1 chez des individus ayant subi des abus dans l'enfance (McGowan 2009)







Gène NR3C1 inactivé sur 3 générations en cas d'inceste (Giacobino, 2012).





Gène NR3C1 inactivé sur 3 générations en cas d'inceste (Giacobino, 2012).



Gène NR3C1 inactivé chez les descendants de survivants de l'Holocauste et vulnérabilité aux maladies psychiatriques par rapport à des personnes contrôles (Yehuda, 2014)



Un autre gène est souvent évoqué dans la réponse au stress et, potentiellement, dans le développement et le maintien de différents troubles psychiques : le gène FKBP5, dont la traduction aboutit à une protéine régulant (ici encore) le récepteur des glucocorticoïdes.



Un autre gène est souvent évoqué dans la réponse au stress et, potentiellement, dans le développement et le maintien de différents troubles psychiques : le gène FKBP5, dont la traduction aboutit à une protéine régulant (ici encore) le récepteur des glucocorticoïdes.



Les modifications épigénétiques de ce gène ont notamment été examinées de près chez un petit nombre de survivants de l'Holocauste



Les modifications épigénétiques de ce gène ont notamment été examinées de près chez un petit nombre de survivants de l'Holocauste

L'équipe de Rachel Yehuda (2015) a ainsi montré que le traumatisme du vécu concentrationnaire était déterminant dans la méthylation du gène FKBP5.



Mais la surprise fut d'observer l'existence d'un phénomène identique (bien que moindre) chez les enfants de ces déportés - enfants mis au monde bien après la période de déportation !

Tout se passe donc comme si les événements traumatiques ou émotionnellement négatifs survenant au long de la vie laissaient une « cicatrice moléculaire ».



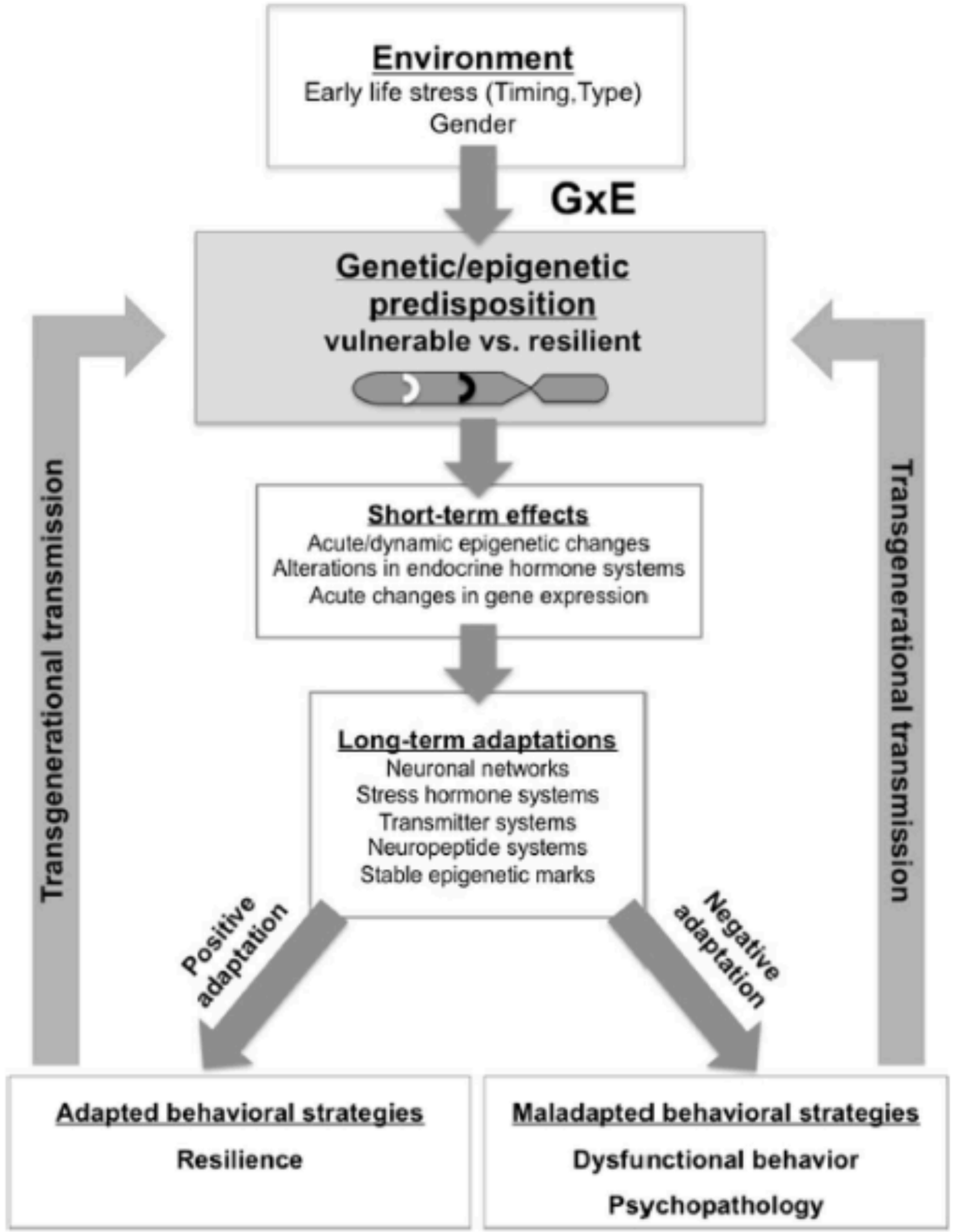
Mais la surprise fut d'observer l'existence d'un phénomène identique (bien que moindre) chez les enfants de ces déportés - enfants mis au monde bien après la période de déportation !

Tout se passe donc comme si les événements traumatiques ou émotionnellement négatifs survenant au long de la vie laissaient une « cicatrice moléculaire ».



Un marquage biologique d'autant plus intense et profond que les personnes ont été confrontées à des situations traumatiques sévères et répétées

Mais la surprise fut d'observer l'existence d'un phénomène identique (bien que moindre) chez les enfants de ces déportés - enfants mis au monde bien après la période de déportation !



Interaction Gène x Environnement dans le cycle transgénérationnel de l'adversité (Gröger et al. 2016).

Evénement Traumatique

Incident critique



Evénement Traumatique



Traumatisme en terme de santé physique

Evénement Traumatique

Traumatisme en terme de santé psychologique

Une conception novatrice de la SANTE à promouvoir!



Traumatisme en terme de santé physique

Evénement Traumatique

Traumatisme en terme de santé psychologique

6.

6.
Jouer sur la réversibilité!

« Rien n'est jamais définitivement fixé »

La grande plasticité des empreintes épigénétiques et leur sensibilité aux conditions environnementales donnent aussi une assise biologique à l'idée que **« Rien n'est jamais définitivement fixé »**. Et à cet égard, des études menées chez l'humain tendent à prouver que la psychothérapie constitue une forme de régulation environnementale

Il est aujourd'hui incontestable que l'information génétique héritée est fortement influencée par un large éventail de facteurs liés à l'environnement et au mode de vie favorable.

Il est aujourd'hui incontestable que l'information génétique héritée est fortement influencée par un large éventail de facteurs liés à l'environnement et au mode de vie favorable.

Les recherches menées ces dernières années révèlent les mécanismes complexes par lesquels les cellules peuvent être "structurellement modifiées", même par "des habitudes corporelles ou mentales modifiées", comme le soupçonnait Charles Darwin il y a 150 ans

Yehuda & al., (2013) a réalisé une étude en comparant des vétérans souffrants de TSPT pris en charge avec une thérapie de l'exposition.

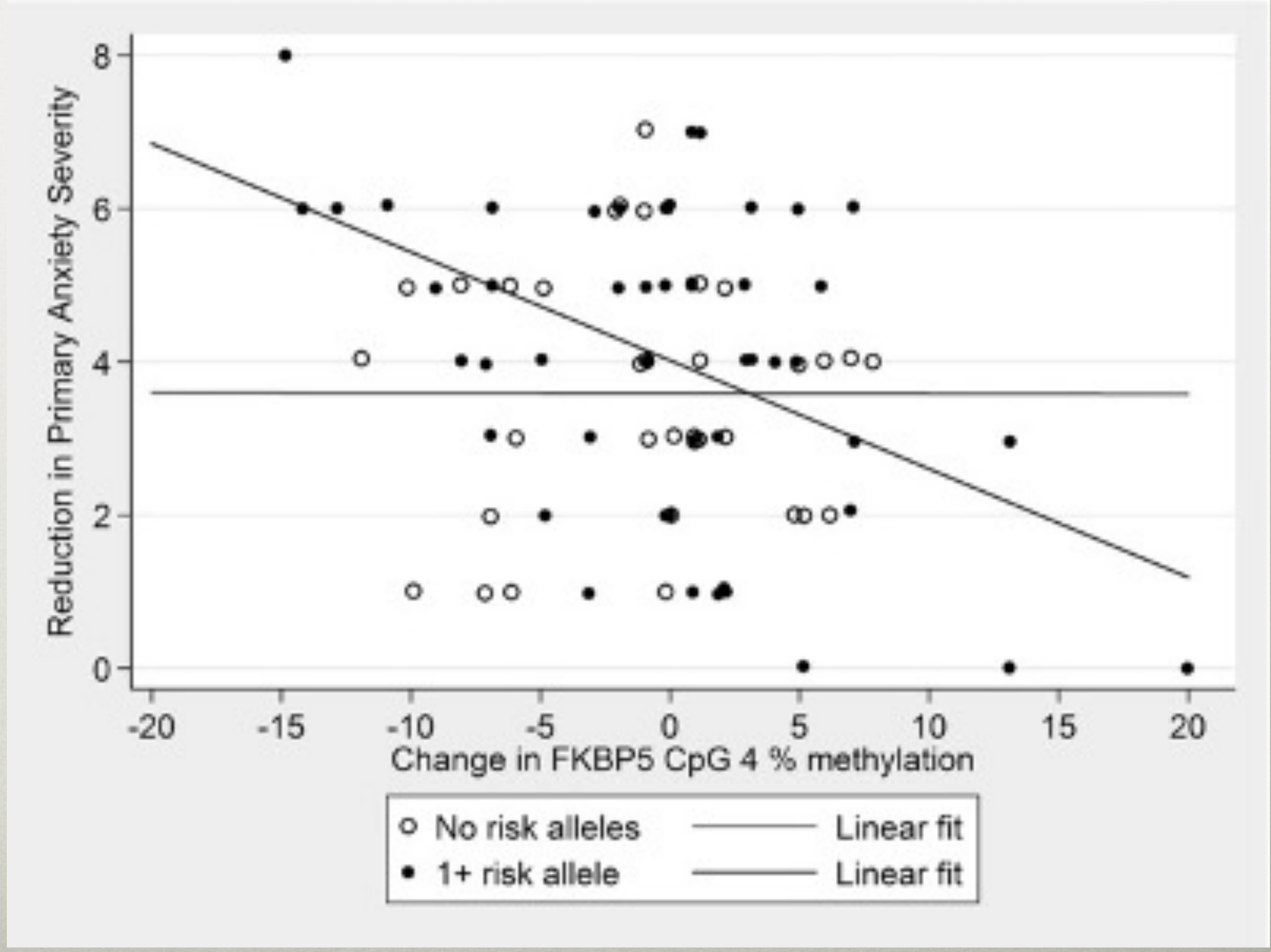
Yehuda & al., (2013) a réalisé une étude en comparant des vétérans souffrants de TSPT pris en charge avec une thérapie de l'exposition.

Objectif: de vérifier l'état de méthylation des gènes N3C1 et FKBP5.

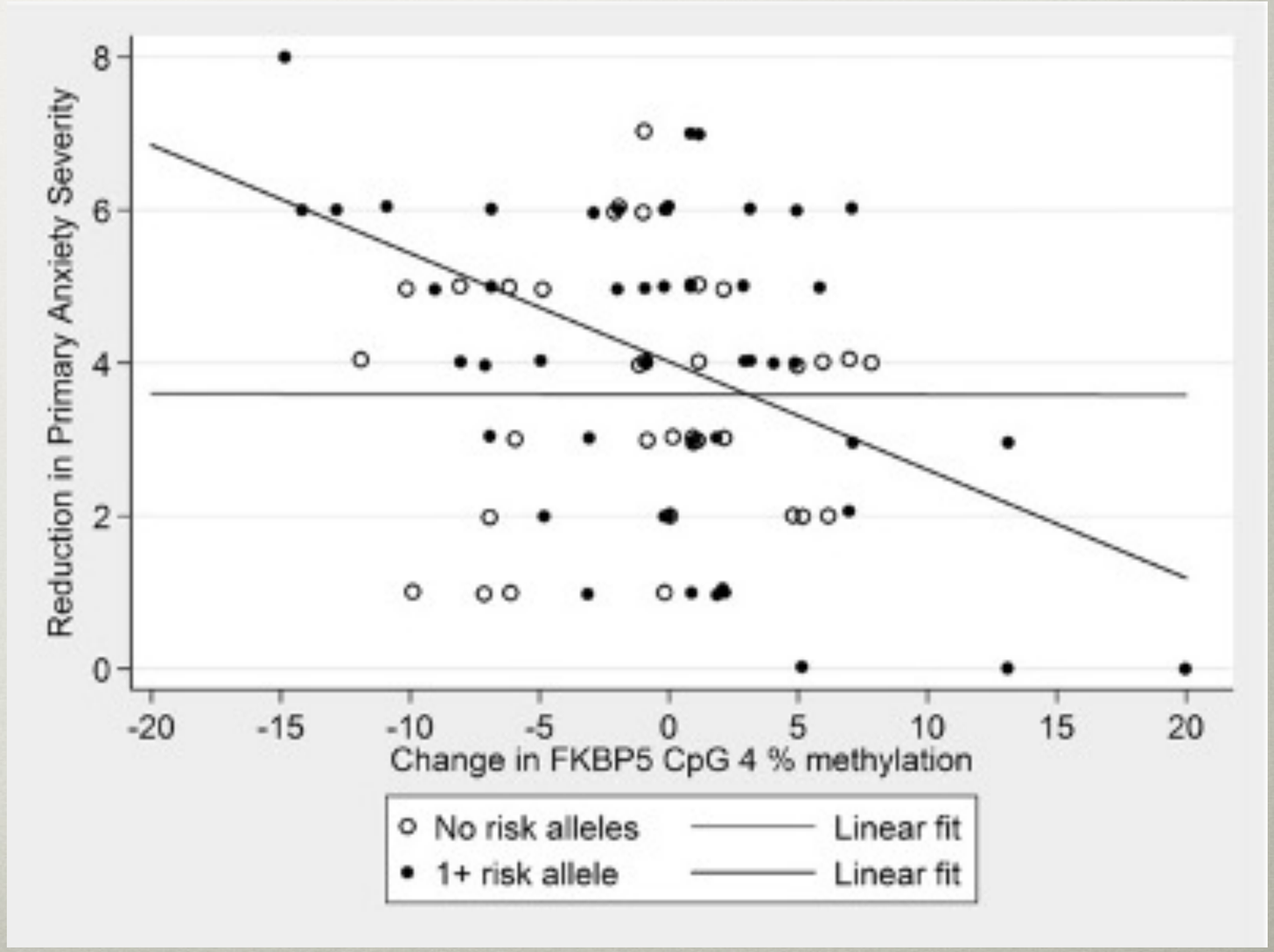
Des échantillons de sang avaient été prélevés avant la prise en charge, puis 12 semaines après.

Yehuda & al., (2013) a réalisé une étude en comparant des vétérans souffrants de TSPT pris en charge avec une thérapie de l'exposition.

Les résultats ont montré que la psychothérapie contribuait non seulement à guérir les patients en termes de santé perçue, mais aussi en termes de régulation et de réparation de cette fameuse « cicatrice moléculaire » du trauma

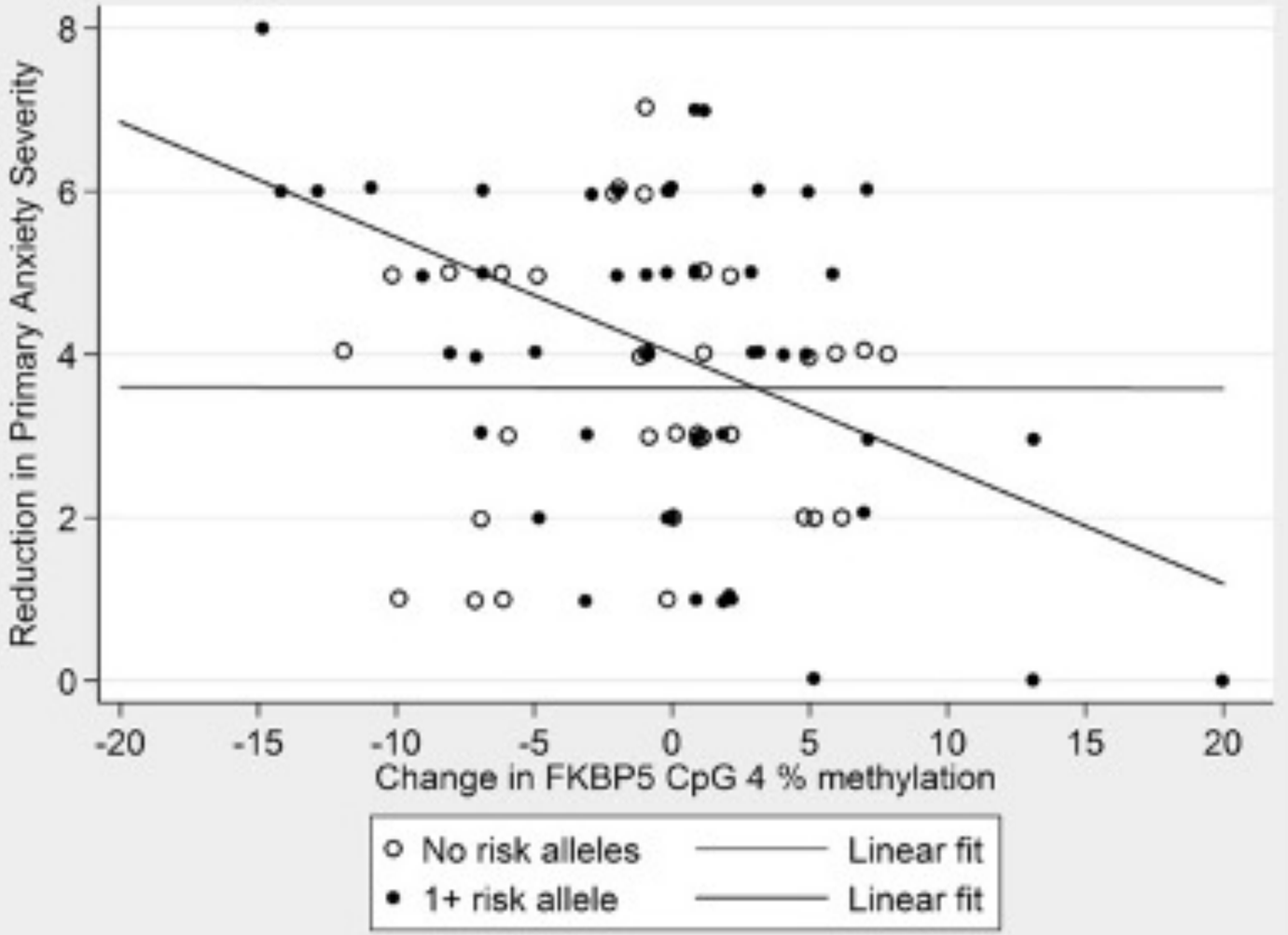

Reduction in Primary Anxiety Severity
8
6
4
2
0
-20
-15
-10
-5
0
5
10
15
20
Change in FKBP5 CpG 4 % methylation
No risk alleles
Linear fit
1+ risk allele
Linear fit

Roberts & al. 2025) ont réalisé une étude avec la TCC auprès d'enfant

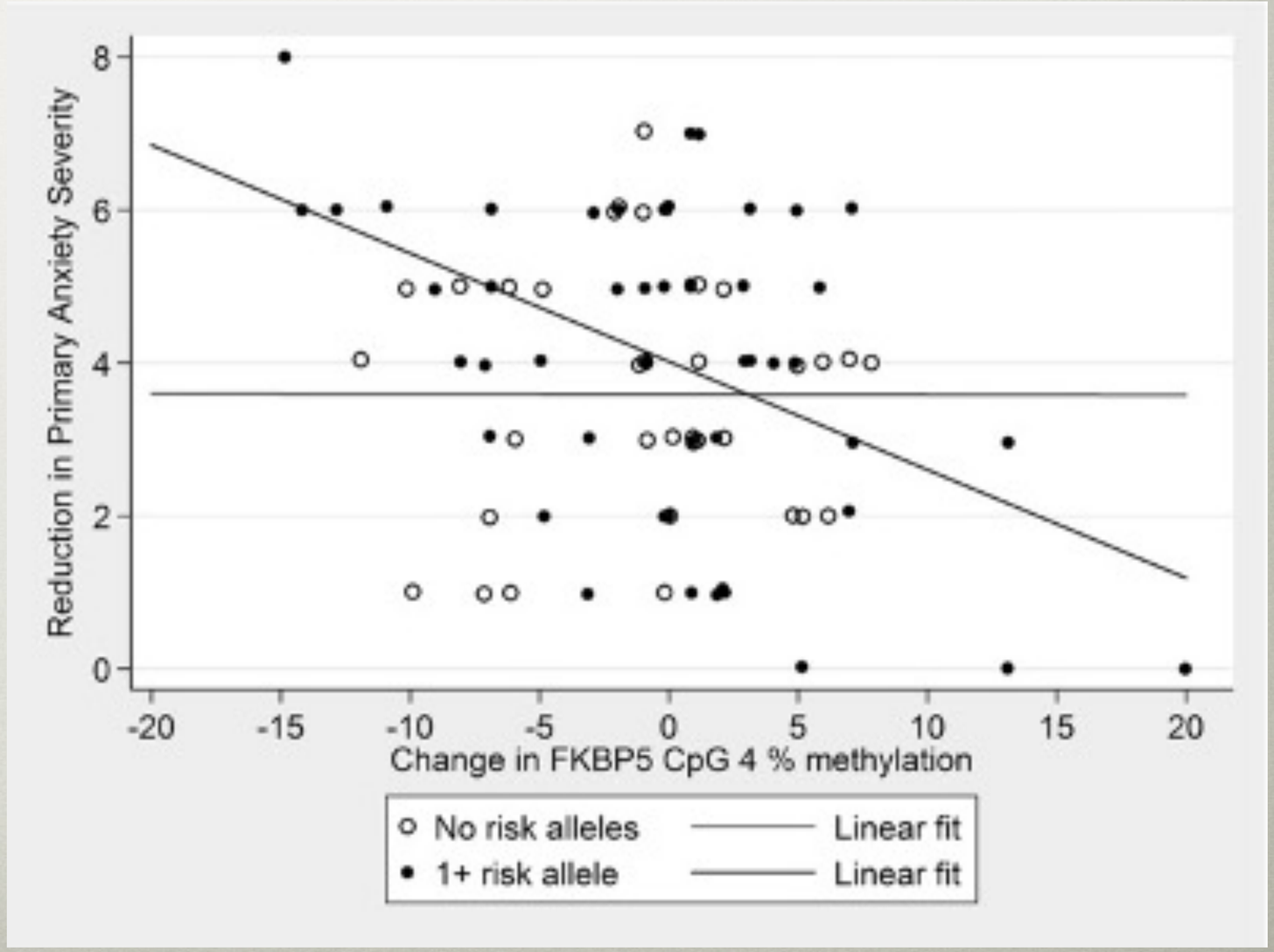


Roberts & al. 2025) ont réalisé une étude avec la TCC auprès d'enfant

Dans cette étude, nous fournissons des preuves préliminaires que la réponse à une thérapie psychologique peut être associée à des changements dépendant du génotype dans la méthylation de l'ADN de FKBP5, qui est liée au fonctionnement de l'axe HPA et à la réactivité au stress. Ces résultats doivent être reproduits, mais ils s'ajoutent à la littérature croissante démontrant que la réponse aux influences environnementales (positives et négatives) est associée à des changements au niveau biologique.



Roberts & al. 2025) ont réalisé une étude avec la TCC auprès d'enfant



Des résultats obtenus chez les rongeurs suggèrent qu'un modèle environnemental comprenant un enrichissement cognitif, somatosensoriel, moteur et visuel, peut réduire efficacement les conséquences psychologiques et comportementales des traumatismes et du stress en supprimant les marqueurs épigénétiques et en améliorant la neurogenèse adulte et la plasticité synaptique (McCreary & al., 2026; Nithianantharajah & al., 2006)

PLOS ONE

OPEN ACCESS PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

Genomic Counter-Stress Changes Induced by the Relaxation Response

Jeffery A. Dusek co, Hasan H. Otu co, Ann L. Wohlhueter, Manoj Bhasin, Luiz F. Zerbini, Marie G. Joseph, Herbert Benson ✉, Towia A. Libermann ✉

Published: July 2, 2008 • https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002576

Les pratiques psychocorporelles qui déclenchent la réaction de relaxation sont utilisées dans le monde entier depuis des millénaires pour prévenir et traiter les maladies. La Relaxation se caractérise par une diminution de la consommation d'oxygène, une augmentation de l'oxyde nitrique exhalé et une réduction de la détresse psychologique.

Hypothèse : le déclenchement de la RR entraîne des changements caractéristiques dans l'expression des gènes qui peuvent être utilisés pour mesurer les réponses physiologiques provoquées par la Relaxation.

Les auteurs ont évalué les profils transcriptionnels du sang total chez 19 personnes en bonne santé, pratiquant depuis longtemps la Relaxation quotidienne (groupe M), 19 témoins en bonne santé (groupe N1) et 20 personnes N1 ayant suivi 8 semaines d'entraînement à la RR (groupe N2).

2209 gènes ont été exprimés de manière différentielle dans le groupe M par rapport au groupe N1 ($p<0,05$) et 1561 gènes dans le groupe N2 par rapport au groupe N1 ($p<0,05$). Fait important, 433 ($p<10\text{-}10$) des 2209 et 1561 gènes exprimés différemment étaient communs aux praticiens à long terme (M) et aux praticiens à court terme (N2).

Les auteurs ont évalué les profils transcriptionnels du sang total chez 19 personnes en bonne santé, pratiquant depuis longtemps la RR quotidienne (groupe M), 19 témoins en bonne santé (groupe N1) et 20 personnes N1 ayant suivi 8 semaines d'entraînement à la RR (groupe N2).

On montre une ltérations significatives du métabolisme cellulaire, de la phosphorylation oxydative, de la génération d'espèces réactives de l'oxygène et de la réponse au stress oxydatif chez les adeptes à long terme et à court terme de la pratique quotidienne de la RR, qui peuvent contrecarrer les dommages cellulaires liés au stress psychologique chronique.

Controlled Clinical Trial > Psychoneuroendocrinology. 2014 Feb:40:96-107.
doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.11.004. Epub 2013 Nov 15.

Rapid changes in histone deacetylases and inflammatory gene expression in expert meditators

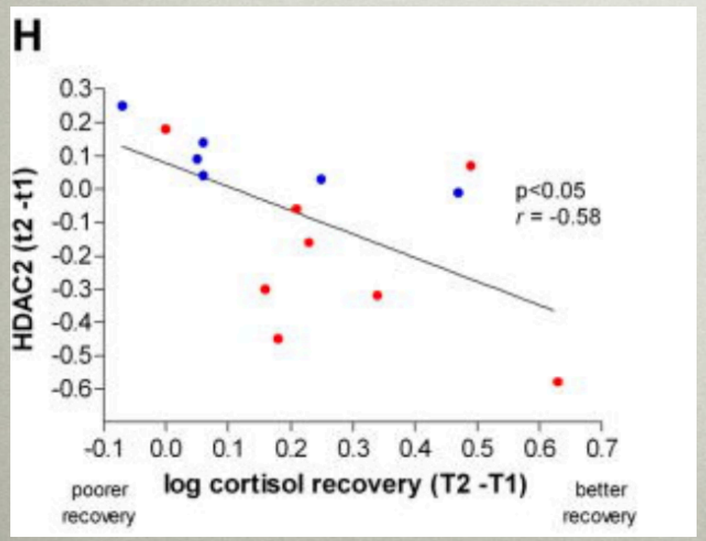
Perla Kaliman [1], María Jesús Alvarez-López [2], Marta Cosín-Tomás [2], Melissa A Rosenkranz [3], Antoine Lutz [4], Richard J Davidson [5]

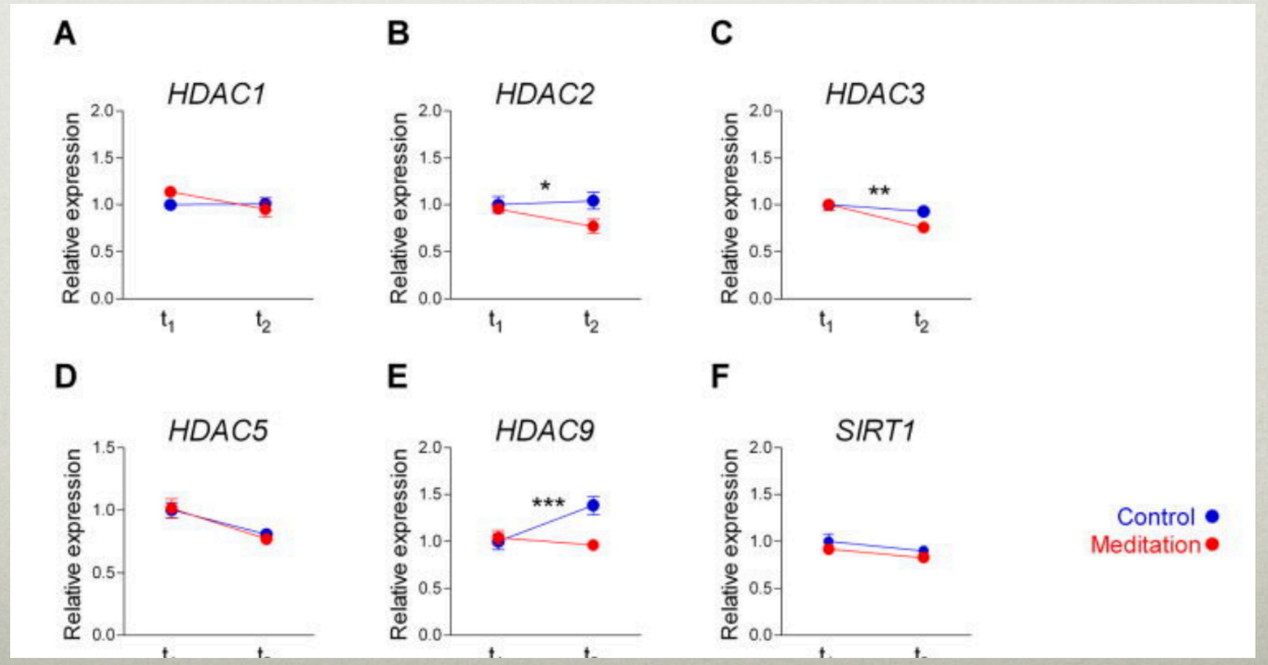
Affiliations + expand

PMID: 24485481 PMCID: PMC4039194 DOI: 10.1016/j.psyneuen.2013.11.004

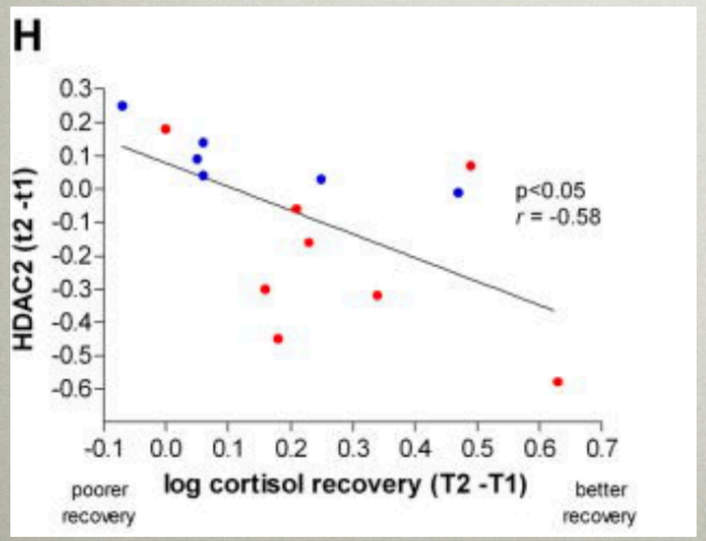
Free PMC article

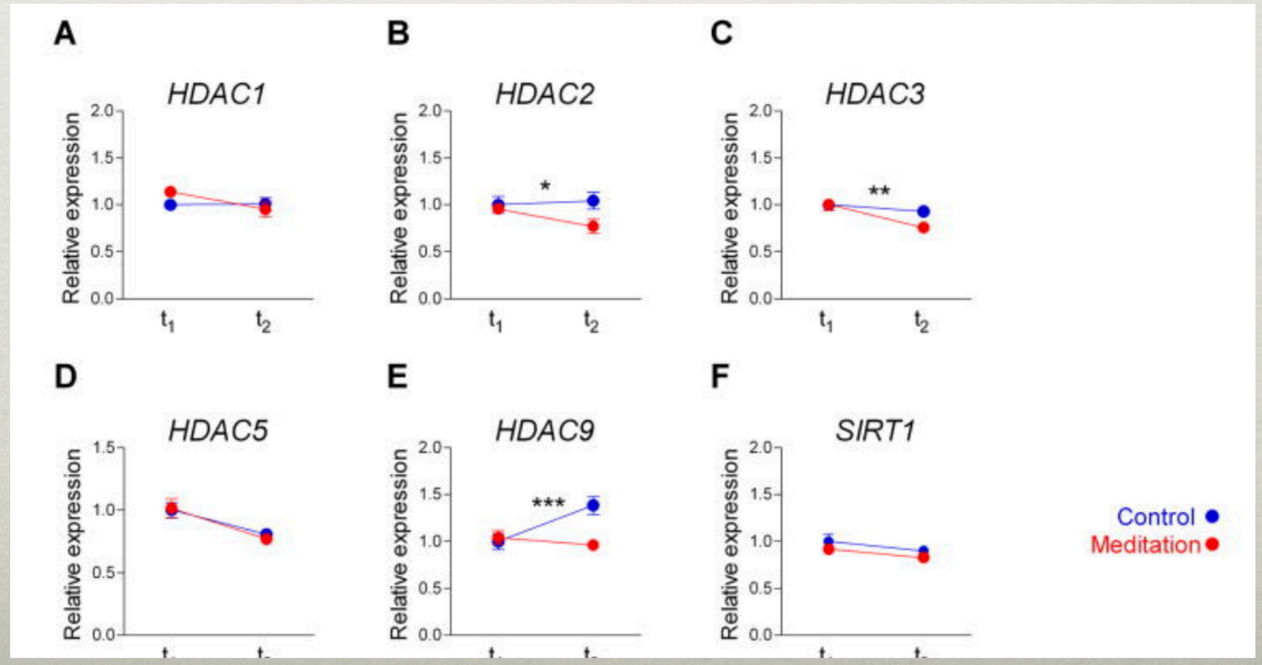
Les auteurs ont exploré les modifications des histones et les changements dans l'expression des gènes de modulation de la chromatine chez des méditants expérimentés après une journée de retraite de pleine conscience (n=19) . L'étude comprenait un groupe témoin n'ayant aucune expérience en méditation qui s’est engagé simultanément dans des activités de loisirs dans le même environnement (n=21). Les participants du groupe de méditation avaient une pratique quotidienne de la méditation depuis au moins trois ans.

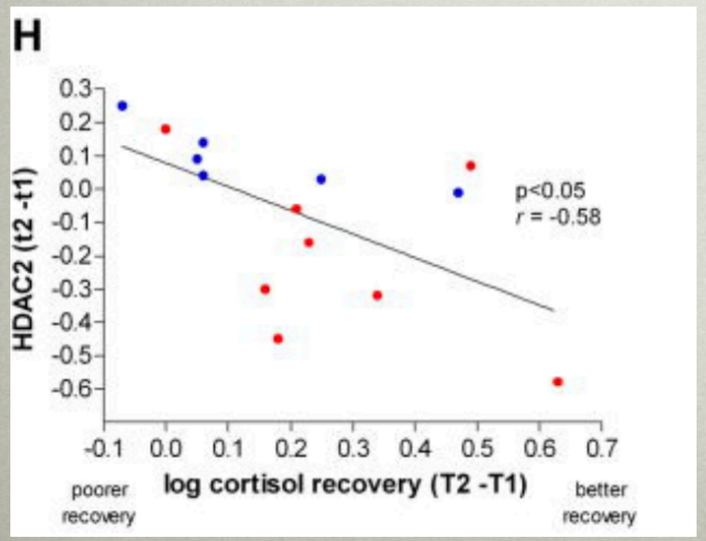

H
HDAC2 (t2 -t1)
0.3
0.2
0.1
0.0
-0.1
-0.2
-0.3
-0.4
-0.5
-0.6
p<0.05
r = -0.58
-0.1 0.0 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7
poorer recovery
log cortisol recovery (T2 -T1)
better recovery

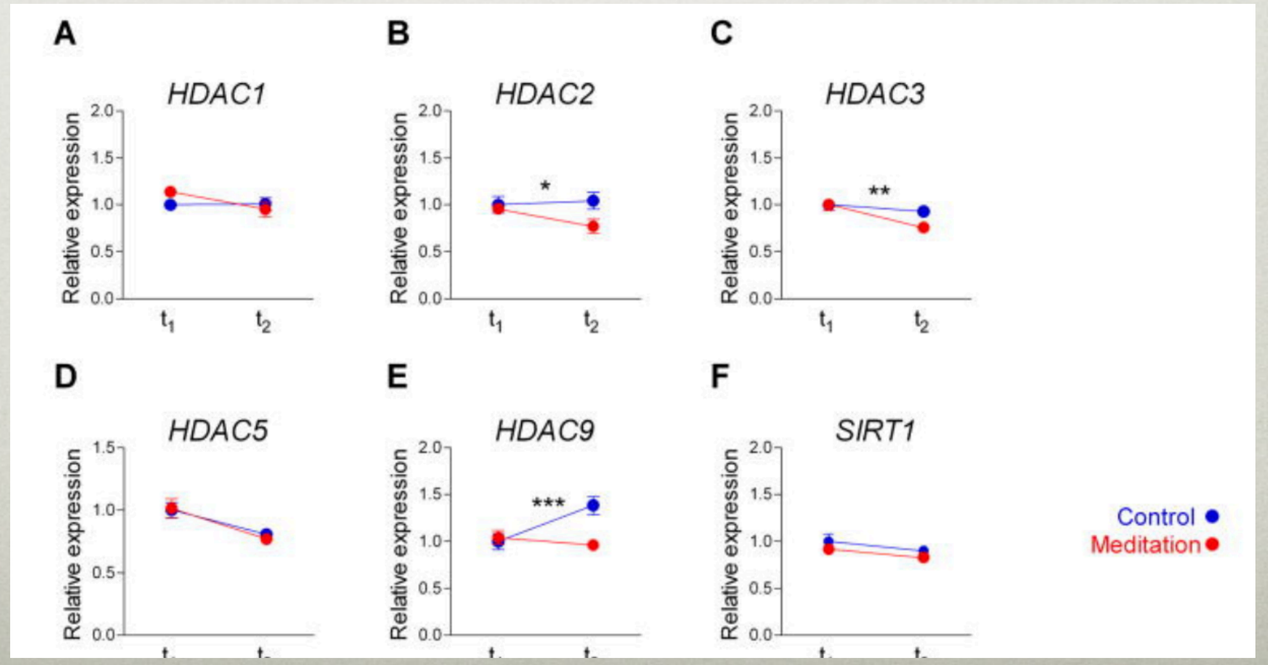

A
HDAC1
B
HDAC2
C
HDAC3
D
HDAC5
E
HDAC9
F
SIRT1
Relative expression
t1
t2
*
**
***
Control
Meditation

Après les 8 heures d'intervention, les méditants ont montré des niveaux d'expression plus faibles de plusieurs gènes d'histone désacétylase [HDAC2, HDAC3 et HDAC9] et une altération de la modification globale des histones [H4ac ; H3K4me3] par rapport aux contrôles. La régulation négative de HDAC2 a permis de prédire une meilleure récupération du cortisol après un test de stress psychosocial aigu.

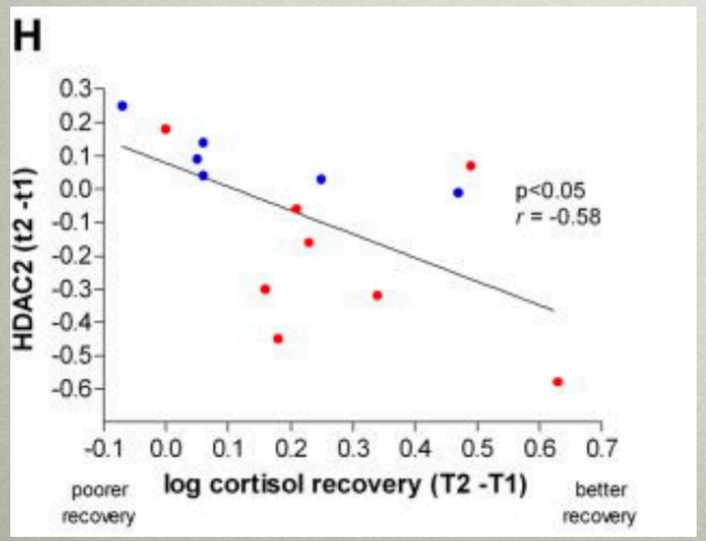


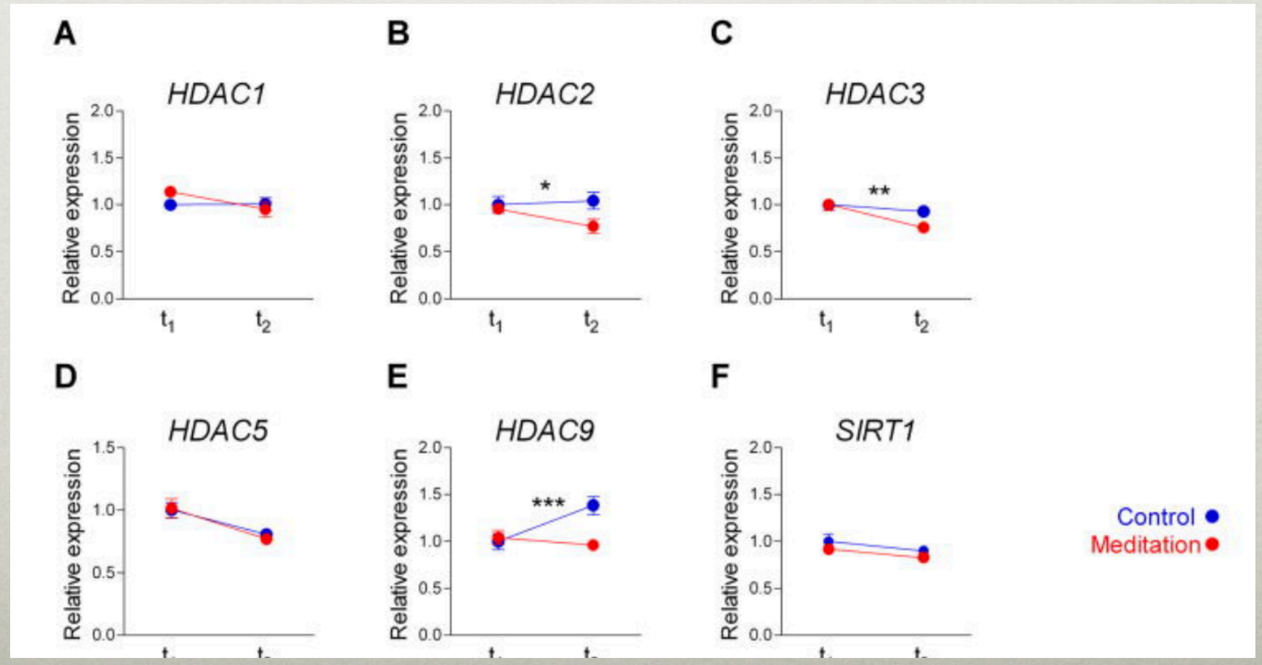


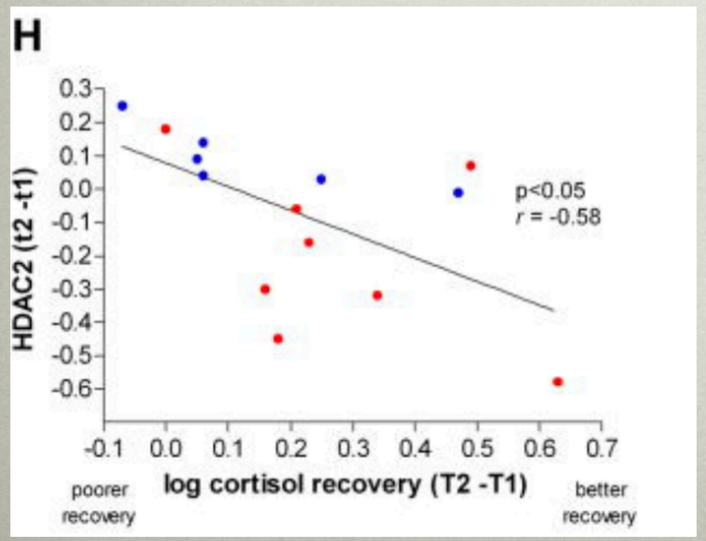

H
HDAC2 (t2 -t1)
0.3
0.2
0.1
0.0
-0.1
-0.2
-0.3
-0.4
-0.5
-0.6
p<0.05
r = -0.58
-0.1 0.0 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7
poorer recovery
log cortisol recovery (T2 -T1)
better recovery

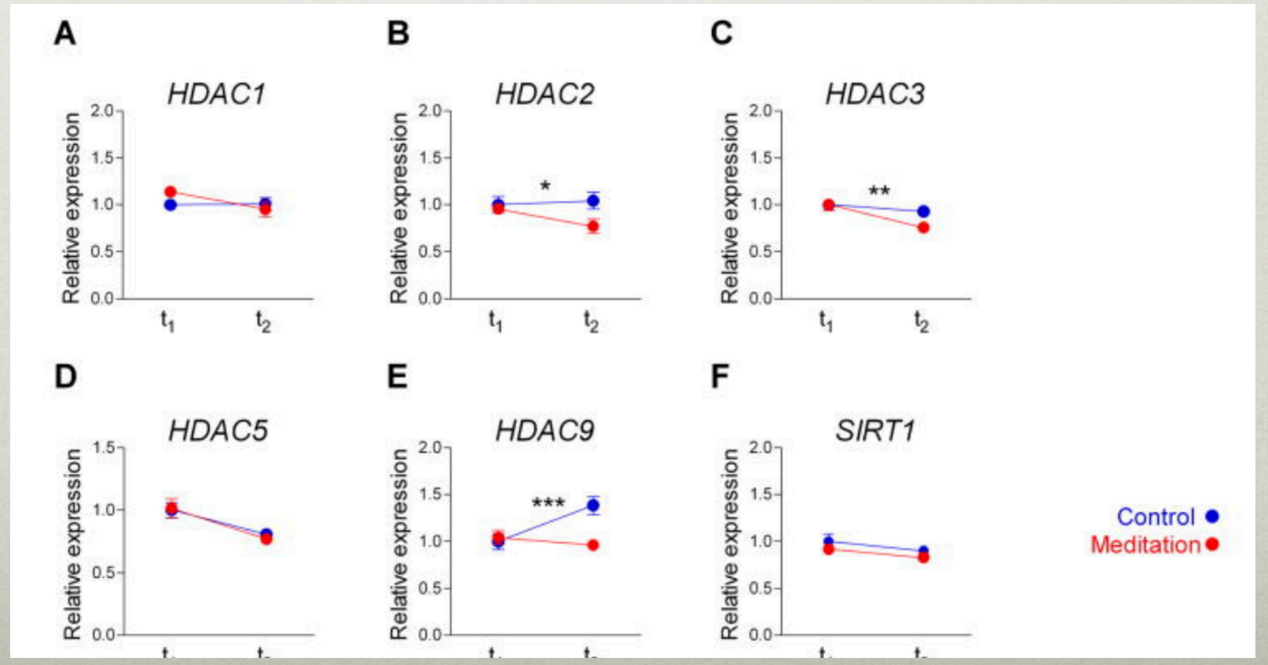

A
HDAC1
B
HDAC2
C
HDAC3
D
HDAC5
E
HDAC9
F
SIRT1
Relative expression
t1
t2
*
**
***
Control
Meditation

Ces données peuvent présenter un intérêt clinique étant donné que l'inhibition pharmacologique des HDAC est actuellement considérée comme une voie thérapeutique pour la dépression et les troubles liés à l'inflammation.






H
HDAC2 (t2 -t1)
0.3
0.2
0.1
0.0
-0.1
-0.2
-0.3
-0.4
-0.5
-0.6
p<0.05
r = -0.58
-0.1 0.0 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7
poorer recovery
log cortisol recovery (T2 -T1)
better recovery


A
HDAC1
B
HDAC2
C
HDAC3
D
HDAC5
E
HDAC9
F
SIRT1
Relative expression
t1
t2
*
**
***
Control
Meditation

L’épigénétique = influence du contexte

L’épigénétique = influence du contexte

Processus de transformation de soi et de son rapport au monde

Ressources, résilience adaptation

L'épigénétique = influence du contexte

Psychothérapies

Plein conscience

Sport

Relations amoureuses

Processus de transformation de soi et de son rapport au monde

Ressources, résilience adaptation

7.

7.
L'adaptation

Dans le langage courant, le terme d'adaptation couvre une variété de processus est plus évidents (transformation, changement, aménagement), jusqu'au plus complexe (flexibilité, souplesse, élasticité, malléabilité)(Dalmese & Tarquinio, 2012)







Retenons également la définition de Boris Cyrulnik (2001) pour qui la résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative».





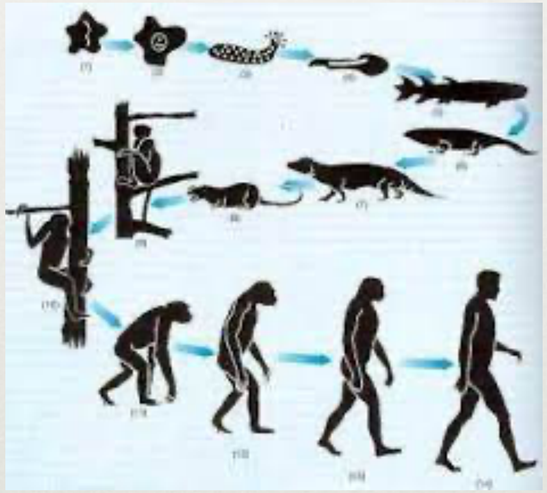








L'adaptation est le signe même d'une confrontation à l'adversité et au risque traumatique



L'adaptation est le signe même d'une transformation de celui ou celle que nous sommes et de celui que nous ne serons plus jamais

Il n’y a pas de petit événements traumatiques (petits t)

ou de grands événements traumatiques (grands T)

Prisme réducteur pour la santé au regard de ce que nous apportent les travaux sur l’adversité



Pourquoi?



Il convient donc selon nous de traiter non pas seulement les événements traumatiques, mais aussi les ACEs…

…avant de s'engager dans la fin de la prise en charge

…avant le *flashforward* ou un scénario du futur

Le travail sur les ACEs doit être considéré comme un plan de ciblage complémentaire

Le plan de ciblage, constitué par un recueil de cibles, prescrit un plan de travail en trois temps : partant de la plainte (cibles du présent), le plan de ciblage, par sa fonction exploratoire, permet le repérage de vécus anciens, restés prisonniers dans les réseaux de mémoire dysfonctionnels du passé, jusqu'au souvenir le plus ancien conscient « le souvenir source. »

L'ensemble de ces situations représente les bases responsables pour une part au moins des symptômes physiques et psychologiques actuels du patient.

L'idée de flashforward dans la prise en charge EMDR

La procédure flashforward peut être utilisée lorsque les patients manifestent encore des peurs irrationnelles après un traitement des cibles passées (Logie & De jongh, 2014). On peut définir le flashforward comme une sorte de représentation mentale d'un événement négatif futur redouté et improbable.

Précisons que la procédure du flashforward n'est pas réductible à un scénario du futur, en ceci qu'il est plus centré sur le niveau de pertubation que provoque chez le patient un scénario catastrophe, alors que le scénario du futur a pour finalité d'installer dans le futur un comportement ou une cognition adaptée à un futur envisagé en des termes positifs.

L'idée de flashforward dans la prise en charge EMDR

C'est Romain (2013) qui s'insprira le premier des travaux de Engelhard & al. (2011) pour en apporter une utilisation clinique. L'idée de flasforward n'est pas récente puisque Browning en 1999, dans le cadre de ce qu'il baptisa la float-forward technique demandait déjà à ses patients « d'imaginer la pire chose qui pouvait leur arriver ». Ces scénarii du pire étaient alors traités avec un protocole standard.








GOLEM D'OR
2021

Adversité(s)















Traumatisme en terme de santé physique



Traumatisme en terme de santé psychologique







Traumatisme en terme de santé physique



Traumatisme en terme de santé psychologique

Comportements de santé

Activité physique , alimentation, sommeil, cigarettes,…

Mécanismes physiologiques

Cortisol, Inflammation, système endocrinien

Abus de substances et problèmes de santé mentale



Modérateurs

Race/ethnie
Sexe
Prédispositions génétiques
CSP
Environnement de vie (quartiers,…)

Adversité durant l'enfance

Exposition à de la violence
Maltraitance
Evénements négatifs
Usage de produits des parents
Psychopathologie des parents
Incarcération des parents
Discrimination
Bullying
Difficultés économiques
Exposition à des violences communautaires

Modérateurs

Race/ethnie
Sexe
Prédispositions génétiques
CSP
Environnement de vie (quartiers,…)

Comportements de santé

Activité physique , alimentation, sommeil, cigarettes,…

Mécanismes physiologiques

Cortisol, Inflammation, système endocrinien

Abus de substances et problèmes de santé mentale



Adversité durant l'enfance

Exposition à de la violence
Maltraitance
Evénements négatifs
Usage de produits des parents
Psychopathologie des parents
Incarcération des parents
Discrimination
Bullying
Difficultés économiques
Exposition à des violences communautaires

Modérateurs

Race/ethnie
Sexe
Prédispositions génétiques
CSP
Environnement de vie (quartiers,…)

Comportements de santé

Activité physique , alimentation, sommeil, cigarettes,…

Mécanismes physiologiques

Cortisol, Inflammation, système endocrinien

Abus de substances et problèmes de santé mentale

Traumatisme en terme de santé physique



Traumatisme en terme de santé psychologique


J' ai fini

Voilà.....




MERCI
ASANTE
THANK YOU
GRAZIE
DANK JE
DANKON
KIITOS
MATONDO
MATUR NUWUN
MOCHCHAKKERAM
OBRIGADO
SALAMAT
TERMA KASIH
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
MERCI
ARIGATO
OBRIGADO
MAAKE
GRAZIE
CAM ON BAN
MATUR NUWUN
JUSPAXAR
SPASIBO
SALAMAT
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
DANK JE
GRAZIE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
GRAZIE
DANK JE
THANK YOU
ASANTE
OBRIGADO
NUWUN
DANKON
KIITOS
SPASIBO
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT
TERMA KASIH
GRAZIE
DANKON
MERCI
OBRIGADO
MAAKE
ARIGATO
JUSPAXAR
SPASIBO
KIITOS
MATONDO
MOCHCHAKKERAM
CHOKRANE
MULTUMESC
NIRRINGRAZZJAK
SALAMAT