



Vers le psychotraumatisme et ses expressions

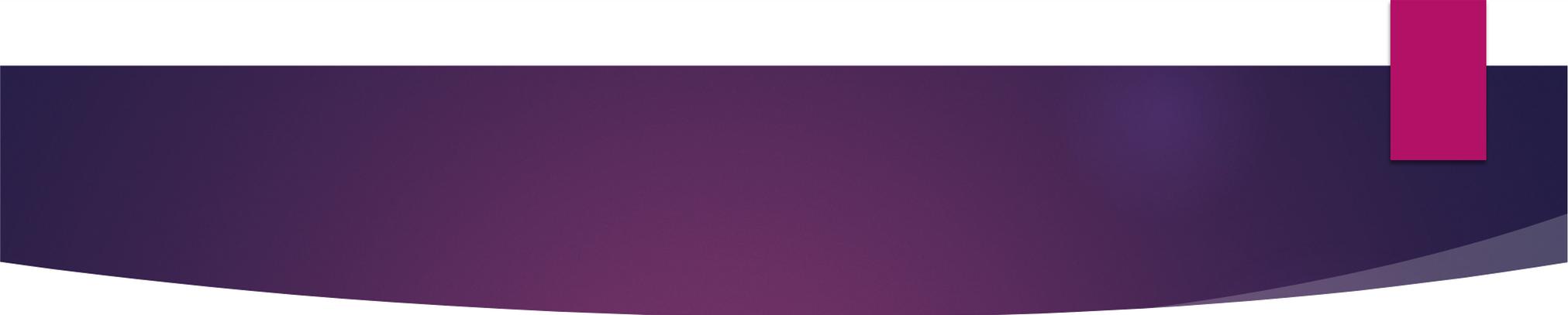
Licence Mention psychologie

Licence 2
2025/2026

UE401 EC2 Psychologie clinique et psychopathologie



Retrouver ce powerpoint sur
www.cyriltarquinio.com



PARTIE 1

La question du psychotraumatisme

Manuel des troubles psychotraumatiques

Théories et pratiques cliniques

- Du trauma aux troubles psychiques post-traumatiques
- La révolution dissociative
- Les formes cliniques post-traumatiques
- Les répercussions psychocorporelles du psychotraumatisme
- Spécificité de certains psychotraumatismes
- Les dimensions complémentaires du psychotraumatisme

Depuis les récentes vagues d'attentats ou encore les tristes faits divers dont la presse s'est régulièrement faite l'écho concernant les violences faites aux enfants ou aux femmes, la problématique du psychotraumatisme s'est révélée comme un véritable enjeu de santé publique concernant tous les âges de la vie. Pourtant les connaissances dans ce domaine restent encore disparates et un tel phénomène a pour effet de conduire à une relative méconnaissance de la psychologie des victimes.

Cet ouvrage propose de faire une synthèse sur la question du psychotraumatisme, bien au-delà du sacro-saint trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les domaines abordés permettront à chacun de disposer d'un socle de connaissances sur les différentes déclinaisons du psychotraumatisme. Les étudiants et professionnels trouveront les éléments essentiels pour leur formation et s'ouvriront à des déclinaisons inédites ou méconnues.

Dans un même ouvrage, tous trouveront de nombreux éléments de connaissances susceptibles de les éclairer et les guider dans la compréhension de la psychologie des victimes ainsi que dans leur prise en charge.



Cyril Tarquinio est professeur de psychologie clinique et psychologie de la santé à l'université de Lorraine, directeur de l'équipe EPSAM/APEMAC UR 4360, directeur et fondateur du Centre Pierre Janet, éditeur en chef de l'*European Journal of Trauma and Dissociation*.

Yann Auxéméry est psychiatre des hôpitaux, docteur en psychologie (HDR), chercheur (HDR) EPSAM/APEMAC EA 460 en UR 4360.

*Des livres pour développer savoirs théoriques
et pratiques d'accompagnement et de soin*



9 782100 796342



5820039
ISBN 978-2-10-079634-2

DUNOD
une page d'avance

Cyril Tarquinio
Yann Auxéméry

Manuel des troubles psychotraumatiques



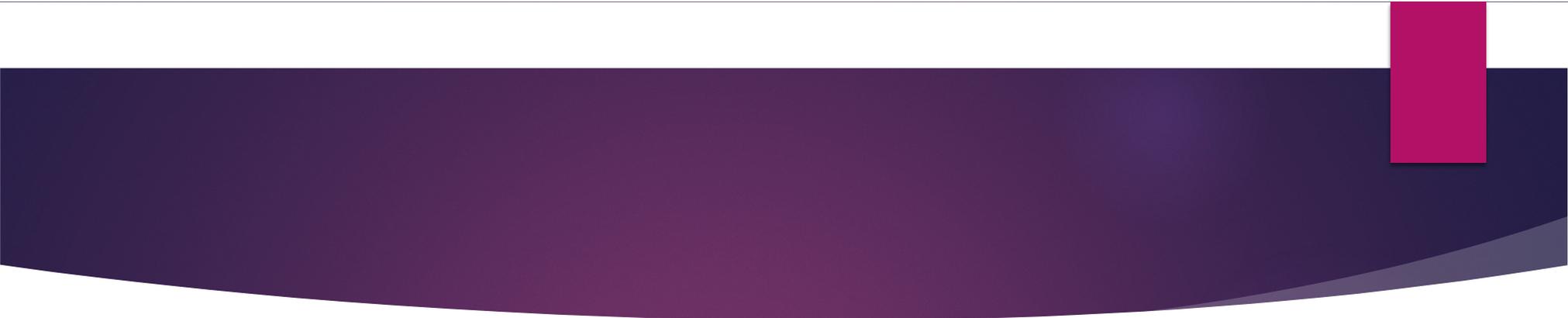
Cyril Tarquinio • Yann Auxéméry

Manuel des troubles psychotraumatiques

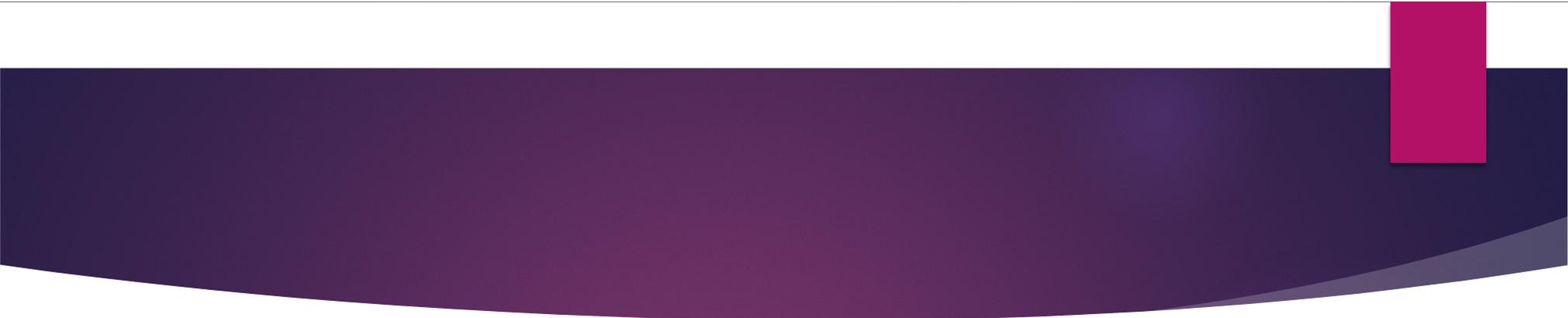
Théories et pratiques cliniques



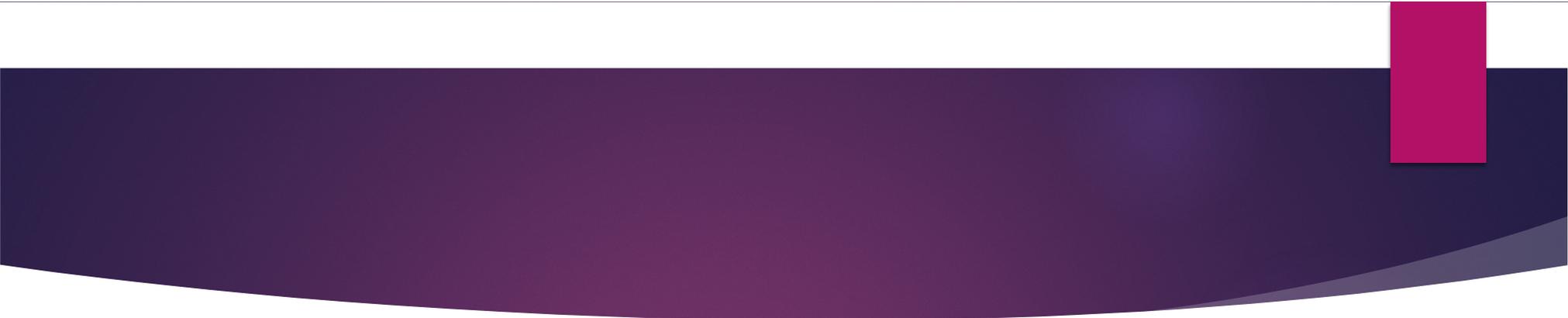
DUNOD



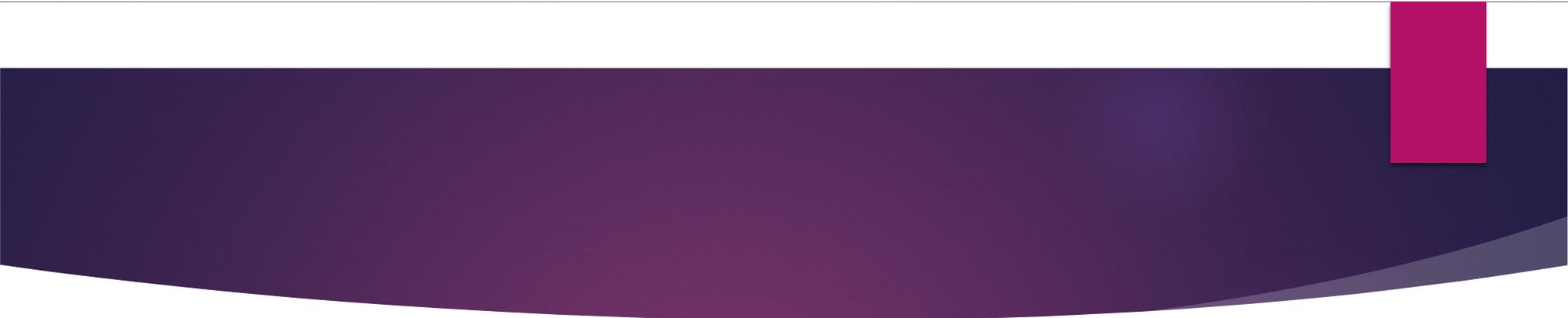
Préambule

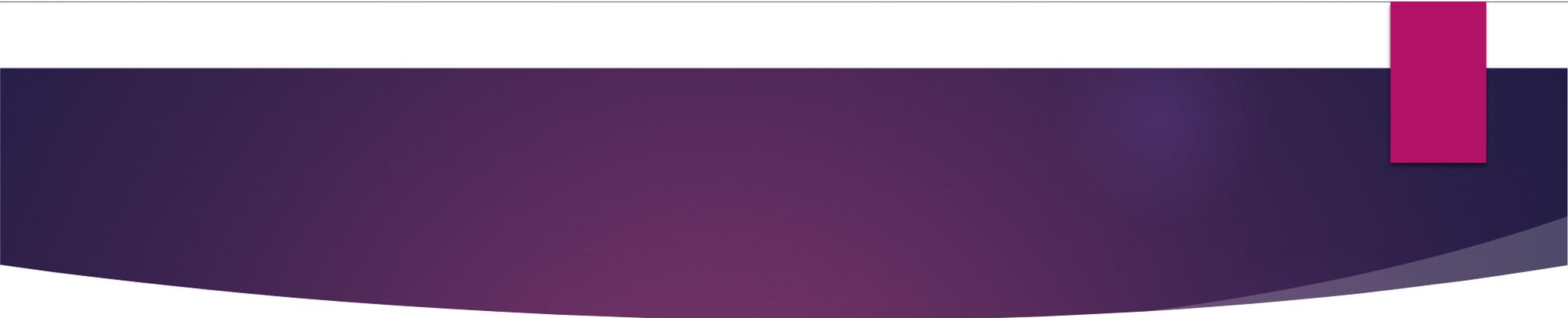


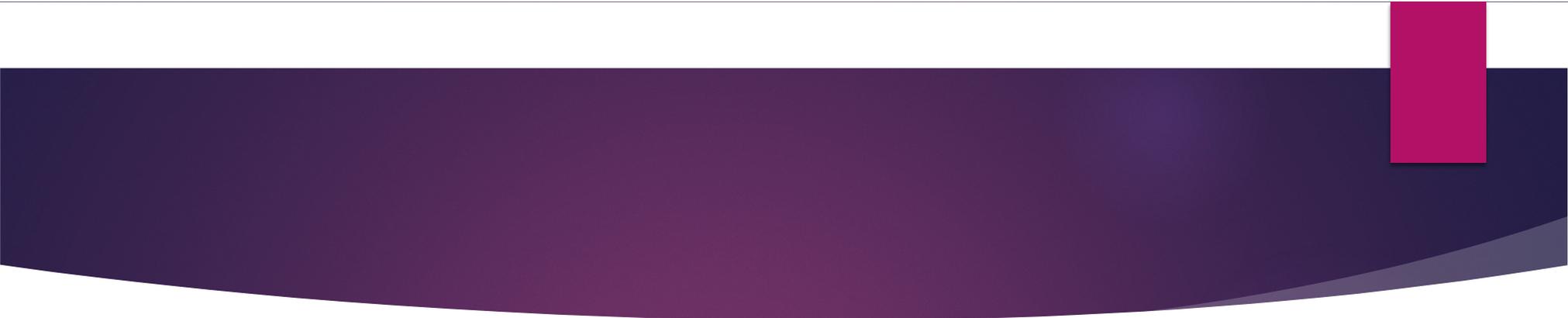
La question du trauma est sans doute aussi ancienne que l'humanité. Depuis que l'homme existe, il est en permanence confronté à la souffrance des autres ainsi qu'à la sienne. Chidiac et Crocq (2010) retrouvent des traces de l'idée de psychotraumatisme jusque dans des récits légendaires aussi anciens que l'épopée sumérienne de Gilgamesh (2000 av. J. - C-) ou plus connu, dans l'Illiade d'Homère (900 av. J. - C).

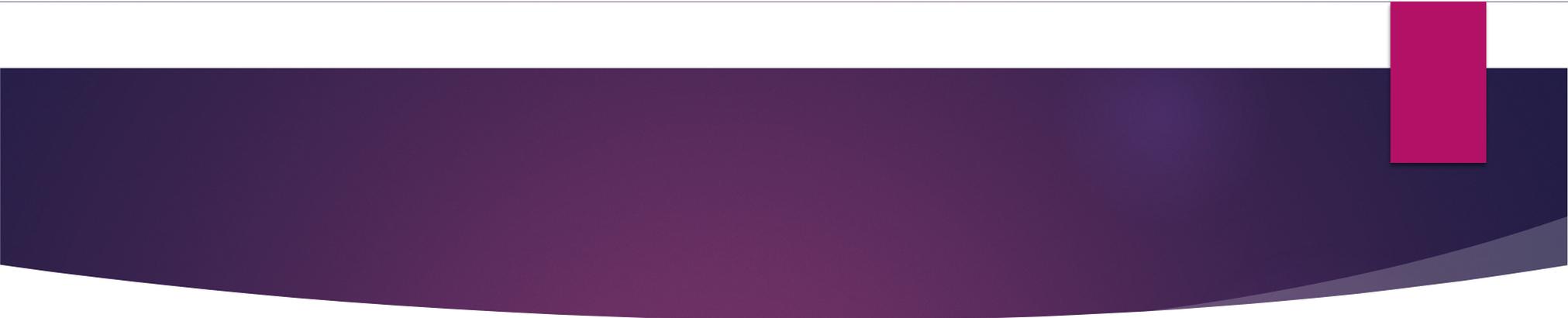


On peut ainsi trouver des descriptions cliniques de ces derniers et de leur souffrance morale, qui sans ambiguïté relève du traumatisme psychique et du syndrome de répétition du trauma. Même le roi Charles IX confia à Ambroise Paré après le massacre de la Saint Barthélemy la présence récurrente de rêves traumatiques en lien avec les horreurs perpétrées cette nuit-là.

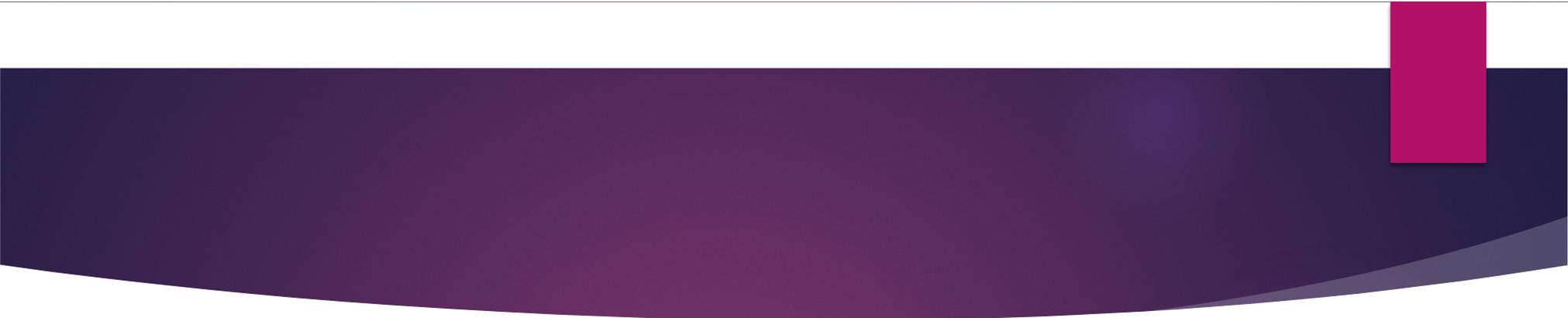
- 
- ▶ C'est avec la naissance de la psychanalyse que le traumatisme prit toute son importance. On peut même le considérer comme le premier concept freudien.
 - ▶ Particulièrement élaboré dans *Etudes sur l'Hystérie*, même si par la suite comme nous allons l'envisager, il a subi de nombreuses évolutions.
 - ▶ Leurs auteurs n'écrivaient-ils pas « Au point de vue théorique, (les résultats) montrent que le facteur accidentel est, bien au-delà de ce que l'on pensait, déterminant dans la pathologie de l'hystérie » (Freud et Breuer, 1895).

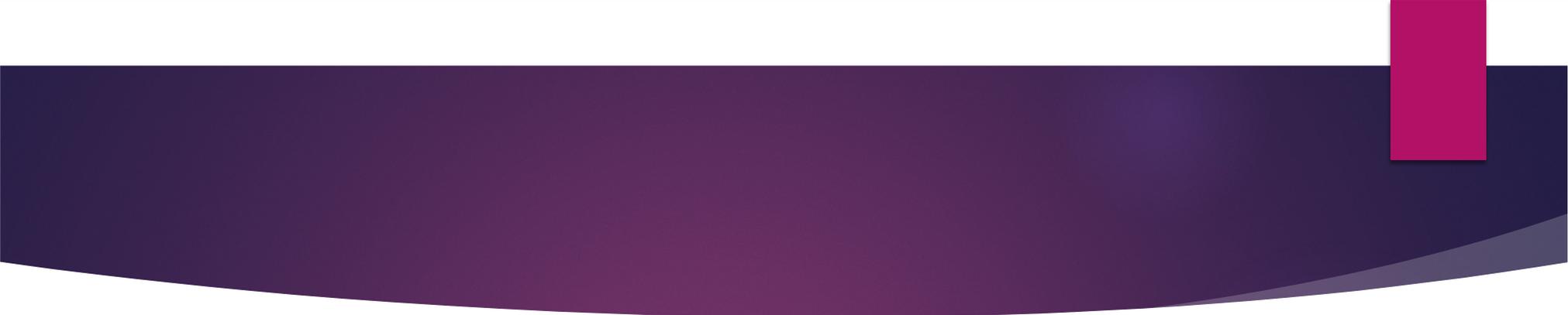
- 
- ▶ Qu'il s'agisse de Freud ou de Breuer, tous deux envisagent alors une relation de cause à effet entre la dimension traumatique des événements et l'hystérique, allant même jusqu'à envisager pour cela l'existence d'un traumatisme inaugural, même si celui-ci est à rechercher au plus profond de l'histoire du sujet, puisqu'il peut s'agir d'« Événements survenus dans l'enfance qui ont provoqué au cours de toutes les années suivantes un phénomène pathologique plus ou moins grave ». (Freud et Breuer, 1895).

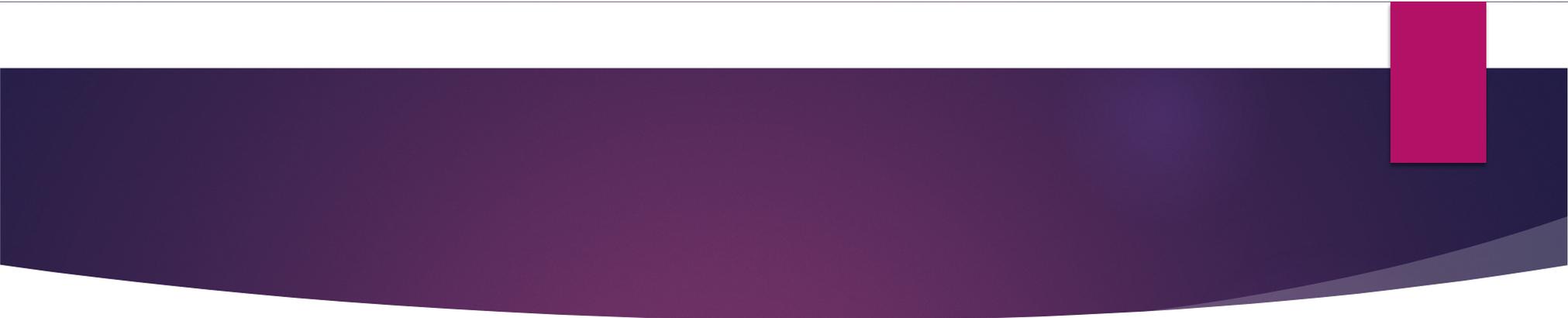
- 
- ▶ À l'origine était le traumatisme ! Que les événements soient massifs ou relatifs, peu importe ! Ce qui compte c'est qu'ils atteignent et débordent les limites du sujet.
 - ▶ Et si les facteurs déclenchant peuvent être anodins ou massifs, leurs manifestations symptomatiques peuvent être variées, multifformes, irrationnelles et recouvrir un spectre d'expression qui surprendra toujours.

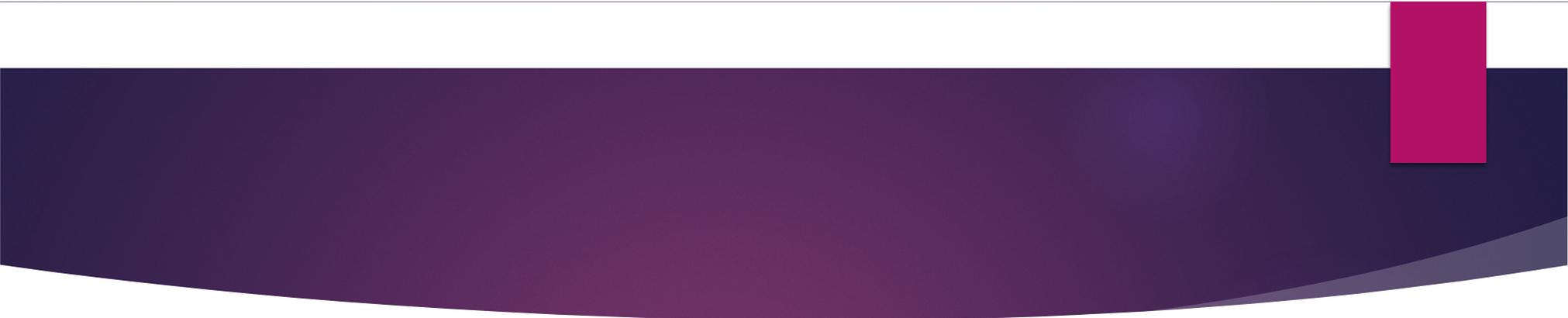
- 
- ▶ Freud précisera sa pensée quant au processus de traumatisation lorsqu'en octobre 1895, il écrit : « Nous ne manquons jamais de découvrir [dans l'hystérie] qu'un souvenir refoulé ne s'est transformé qu'après coup en traumatisme ». et plus loin de préciser que « l'hystérie a une étiologie sexuelle prépubertaire liée à l'effroi et au dégoût, et non pas au plaisir comme dans la névrose obsessionnelle ».
 - ▶ Freud met en avant le caractère décisif de la puberté, parce qu'alors, pour lui, la question du traumatisme reste fondamentalement liée à la sexualité.

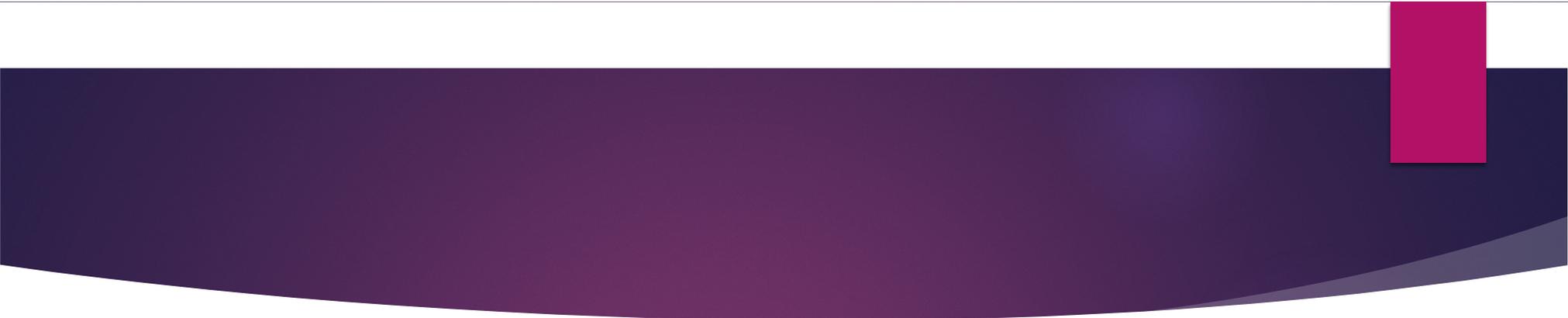
- 
- ▶ Freud parle de *Nachträglich*, pour expliquer pourquoi ce qui semblait non problématique initialement devient traumatique. Il distingue à cet égard trois temps.

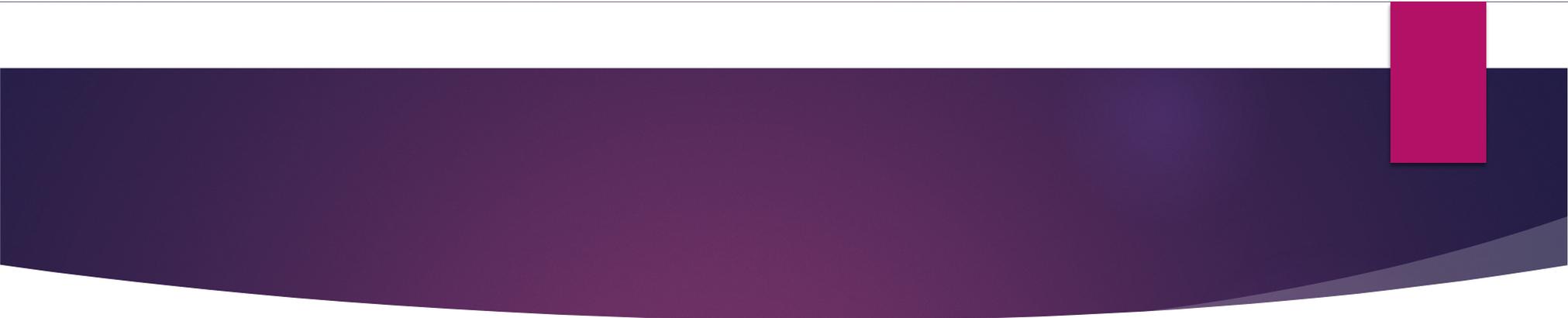
- 
- ▶ Le premier où se produit la confrontation, laissant ainsi une trace en mémoire (trace mnésique dirions nous aujourd'hui).

- 
- ▶ Le second temps reste celui de l'évolution du sujet, de son et du développement de son système psychique.

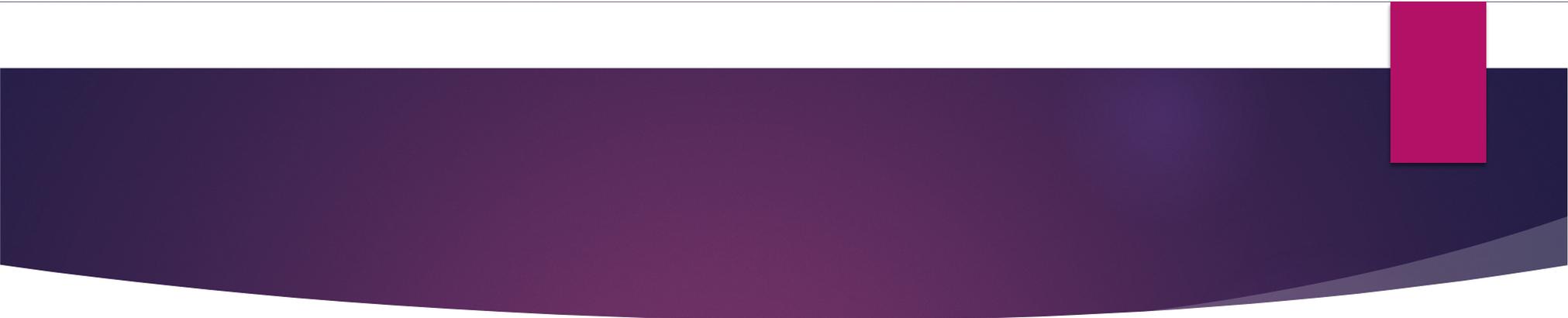
- 
- ▶ C'est dans un troisième temps, que le symptôme va apparaître, le plus souvent suite à la confrontation à un autre événement plus ou moins traumatique et parfois même anodin

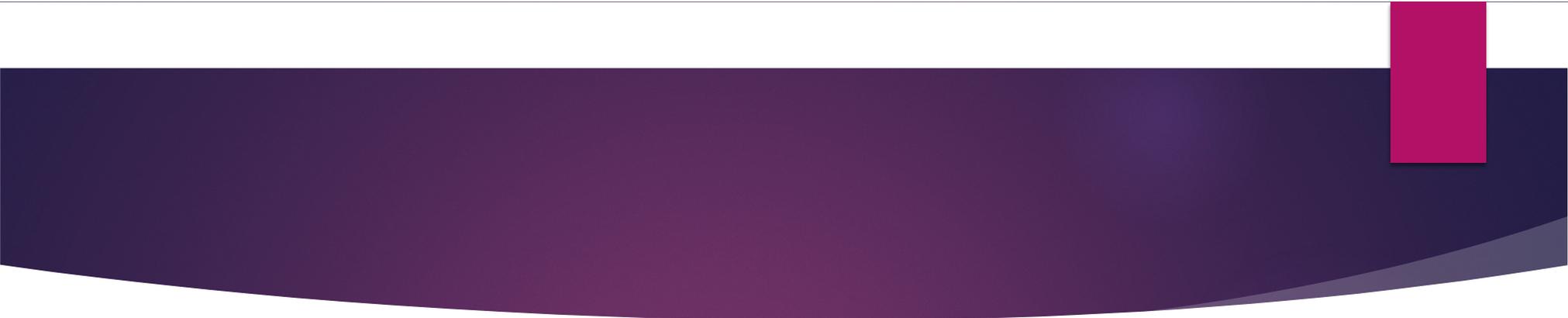
- 
- ▶ Freud convoque alors la métaphore du corps étranger pour situer la fonction du traumatisme et de son souvenir ultérieur « Mieux vaut dire que le traumatisme psychique, et par suite, son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif » (Freud et Breuer, 1895).

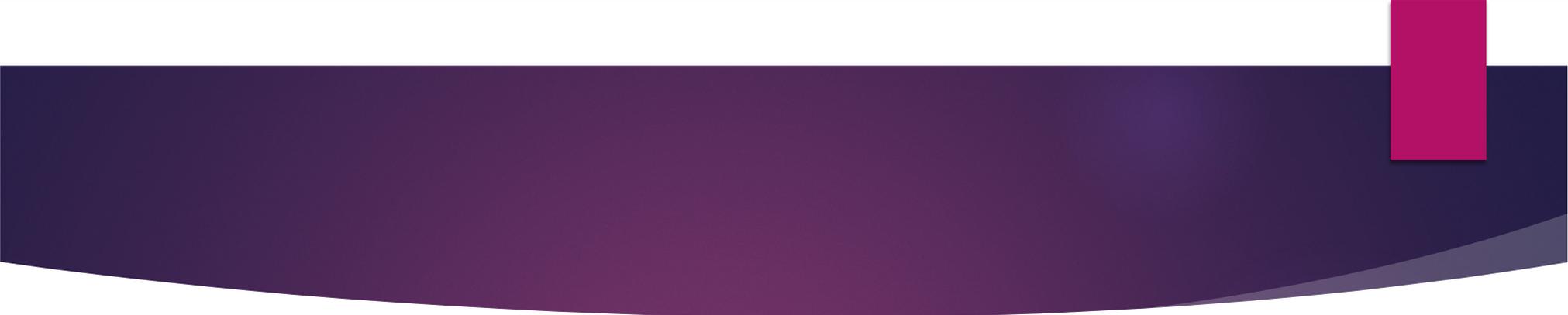
- 
- ▶ Freud parlera de **clivage du moi**. Un clivage entre le sujet de l'expérience traumatique (l'enfant violenté sexuellement par exemple) et le sujet conscient de l'événement tel qu'il existe aujourd'hui.
 - ▶ Ce réel devenu conscient, marquant et traumatique est comme **un corps étranger**. Il n'est pas possible de l'intégrer, ni de le métaboliser. Il fait obstruction.



C'est là une idée proche de celle de **dissociation** qui tient une place importante aujourd'hui dans l'étude du psychotrauma notamment avec les théories sur la **dissociation structurelle** (Van Der Hart *et al.*, 2010),

- 
- ▶ Le point de vue de Freud changera à partir de 1897, date à partir de laquelle il considérera que la névrose survient de façon autonome.
 - ▶ La névrose devient de **nature idiopathique**. Il est alors inutile de chercher un évènement responsable de la situation. Il s'agit alors pour la psychanalyse de déconstruire le processus inconscient en jeu et de libérer la libido pour qu'elle puisse s'écouler librement.

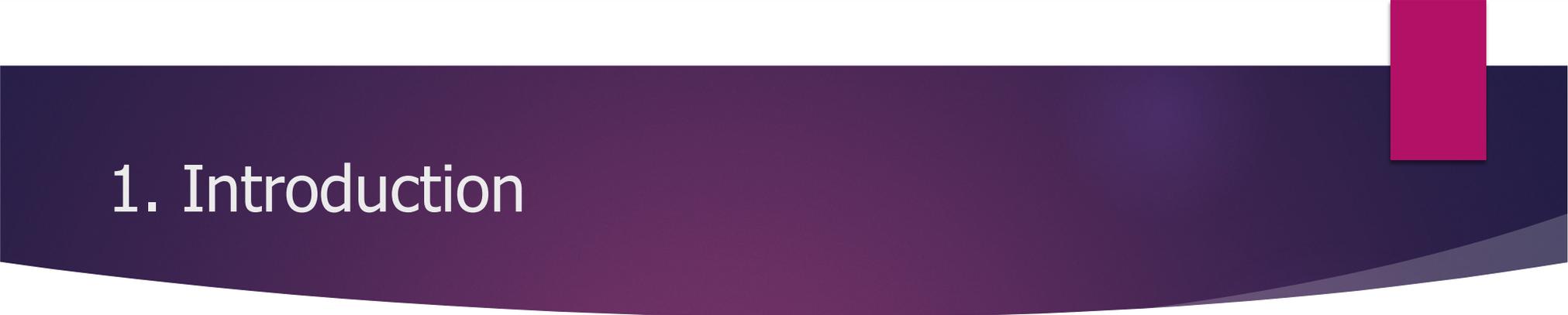
- 
- ▶ Et peu importe si les histoires rapportées sont vraies ou fausses, ce qui compte c'est le traitement qui en est fait, en terme d'intentionnalité inconsciente.
 - ▶ **Quel revirement !** Ce n'est plus la scène traumatique qui compte, c'est le fantasme qui devient central. « Tous les symptômes d'angoisse dérivent ainsi de fantasmes » (Freud, 1937).



1. Introduction.

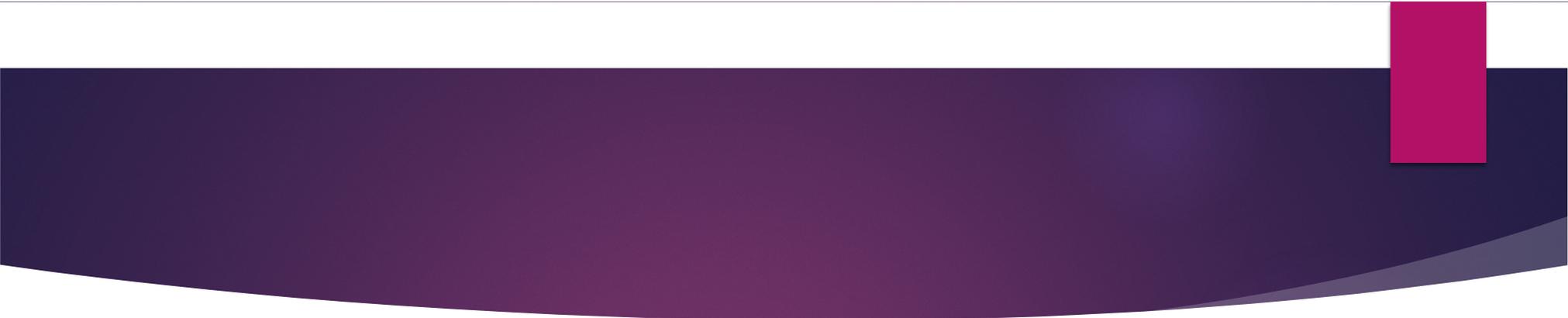
1. Introduction

- ▶ Une question de fréquence?
- ▶ Les catastrophes n' étaient pourtant pas plus rares avant.
- ▶ Les formes d'expression de la « folie » disent-elles quelque chose de la société dans laquelle elles surgissent?



1. Introduction

Où ? Quand ? Comment ? Les réponses à ces trois questions fournissent les coordonnées d'un événement qui, dès lors, est traumatique, parce qu'il fait traumatisme.



Alors événement
traumatique ou
incident critique?

1. Introduction

- ▶ Réintégration de l'événement traumatique dans la trame de l'histoire individuelle est l'une des clés du traitement de ces états.

1. Introduction

- ▶ Le rapport à la mort est au centre des troubles psychiques traumatiques.
- ▶ Cela est également vrai pour d'autres pathologies, mais il s'agit ici de la mort violente, brutale, subite ou subie, non pas de l'aboutissement naturel mais de la suppression de la vie. Il y faut donc la présence d'un autre.

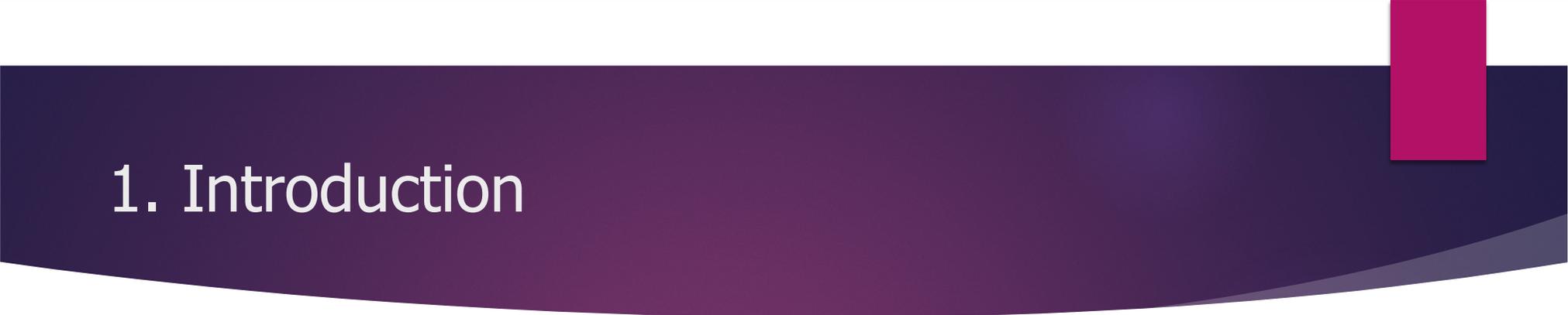
1. Introduction

- ▶ La névrose traumatique s'est véritablement révélée au travers de bouleversements sociaux sans précédent :

les deux guerres mondiales

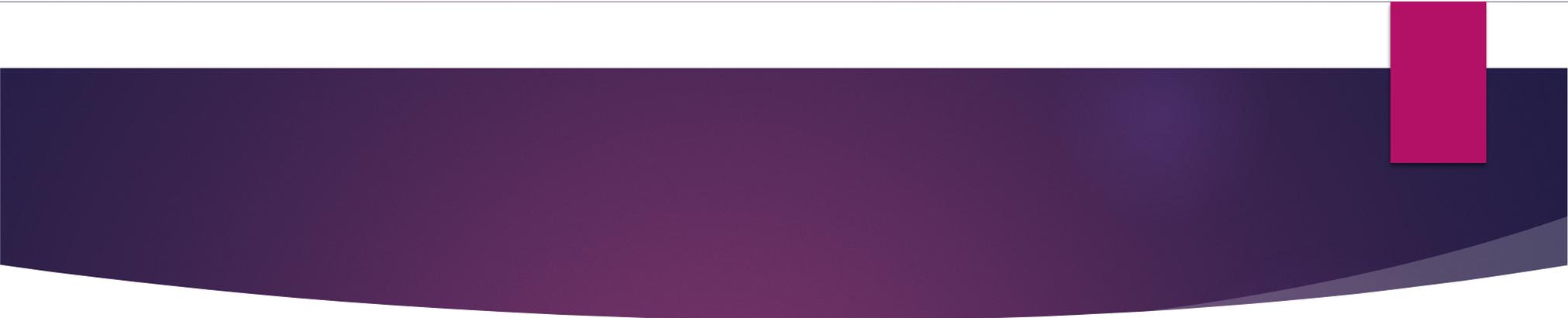
l'Holocauste,

la guerre du Vietnam.



1. Introduction

L'«exceptionnel», l'événement traumatique, qui, comme l'a indiqué FREUD, requiert la surprise, est devenu quotidien et presque courant : les agressions dans les grands centres urbains, les accidents de la route et du travail sont à l'origine d'une grande partie des troubles psychiques traumatiques actuels.



Il est tentant d'y voir l'un des symptômes d'une société au sein de laquelle «l'illusion d'immortalité» a fait faillite à l'échelon du groupe social lui-même, alors que, paradoxalement, la culture actuelle éprouve les plus grandes difficultés à traiter de la question de la mort.



Définition du traumatisme psychique



L'événement à l'origine du traumatisme

Cet événement se constitue :

- **massivement et brusquement**
- **il n'est qu'un petit accident**



Le mot « traumatisme » vient du grec « trauma », τραυμα, signifiant blessure. En médecine, il définit la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion. » Transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychologique ou trauma, soit

« la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définitives » (Crocq, 2007).



Le traumatisme est donc un **choc psychologique** important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions.

Sigmund Freud, en 1920, dans son ouvrage « Au-delà du principe de plaisir », définit le traumatisme comme

« toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Freud, 1971).



En 1921, dans Introduction à la psychanalyse, il précise que le trauma provoque dans l'appareil psychique un afflux d'excitation impossible à assimiler et à liquider :

« Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud, 1921).

En 2007, Louis Crocq confirme que le trauma est :

« un phénomène **d'effraction du psychisme**, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (Crocq, 2007).



Selon **Louis Crocq**, l'événement traumatisant est « porteur de sens et vécu comme une rupture et un enjeu : **rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants** » (Crocq, 1999). Plus encore, il est une expérience de non-sens car, précise-t-il :

« le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non-sens ».

Crocq souligne également le bouleversement de la temporalité du sujet, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant. Il rejoint ainsi Pierre Janet pour qui l'individu traumatisé reste accroché à un obstacle qu'il ne parvient pas à franchir. (Janet, 1919).

Faire la différence....



- ▶ L'évènement traumatique
- ▶ Le processus traumatique
- ▶ Les conséquences psychotraumatiques

Différentes types de traumatismes

- ▶ Traumatisme de type I OU traumatisme simple
 - ▶ Traumatisme de type II.
 - ▶ Traumatisme de type III



Le concept de victime



- ▶ **Définition de L. Crocq (2000)** : *Toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un événement non causé par une personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément, moral, etc.).*

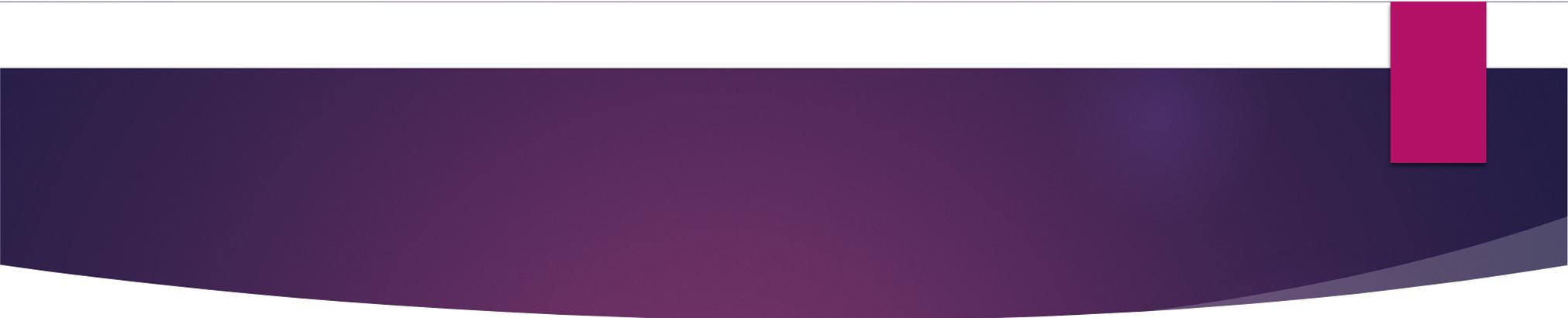
Victimes directes et indirectes

- ▶ La victime directe ou primaire a été directement exposée à un événement de nature traumatisante (définition du DSM IV).
- ▶ Elle a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur (expérience sensorielle et émotionnelle).
- ▶ Elle peut avoir été **sujet** (avoir subi), **acteur** (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou **témoin** (avoir vu) de l'événement traumatique.

Victimes directes et indirectes



- ▶ **La victime indirecte** n'a pas été témoin de l'événement mais **est concernée par lui et/ou par ses conséquences du fait de sa « proximité émotionnelle »** (expérience émotionnelle) **avec les victimes directes.** (voir DSM-5). Entourage (famille, amis, voisins, collègues, condisciples, etc.), service de secours, personnes appartenant au même groupe (groupes professionnels, d'âge, d'orientation sexuelle, de genre, d'appartenance ethnique ou religieuse, de catégorie sociale, nation, population « mondiale »).



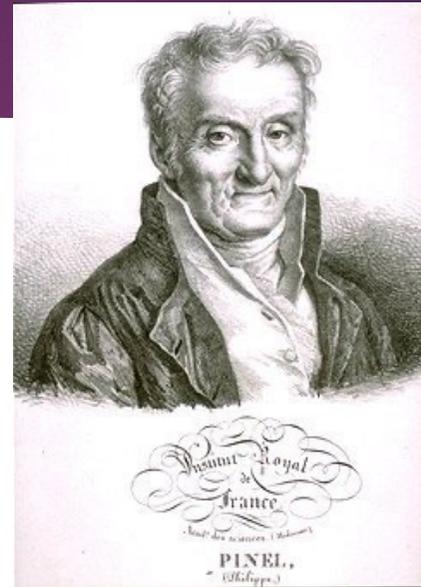
2. Historique.

2. Historique

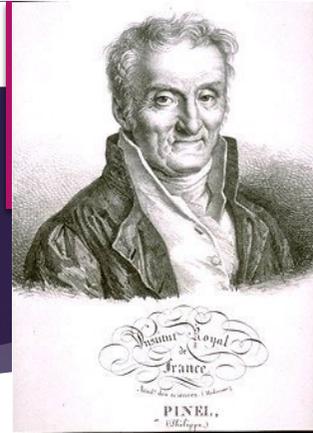
- ▶ Le trauma serait aussi ancien que l'humanité?

2. Historique

► Philippe Pinel



2. Historique



- ▶ C'est, dans l'histoire, la première description d'une névrose traumatique.
- ▶ Tout y est déjà : les cauchemars, la labilité émotionnelle, la réaction de sursaut, le halo d'anxiété et de dépression.
- ▶ Malheureusement, les aliénistes de l'époque ne s'intéressent pas encore au contenu des rêves, où se serait révélé l'effroi qui peut saisir même "une mâle vigueur".

2. Historique

- ▶ Ce furent le **railway spine**, l'atteinte était supposée médullaire, puis le **railway brain**.
- ▶ En 1889, OPPENHEIM crée à leur propos le terme de "névrose traumatique", destiné à remplacer le "railway brain".

2. Historique

- ▶ Les accidentés qu'il a observés sont porteurs d'une symptomatologie très diverse, sans aucune unité clinique,
- ▶ Quelques uns, accessoirement, présentent des perturbations du sommeil avec cauchemars, une irritabilité, les symptômes apparaissant de façon retardée par rapport à l'accident.
- ▶ Pour OPPENHEIM aussi c'est l'action mécanique du choc qui est tenue pour responsable de l'affection.

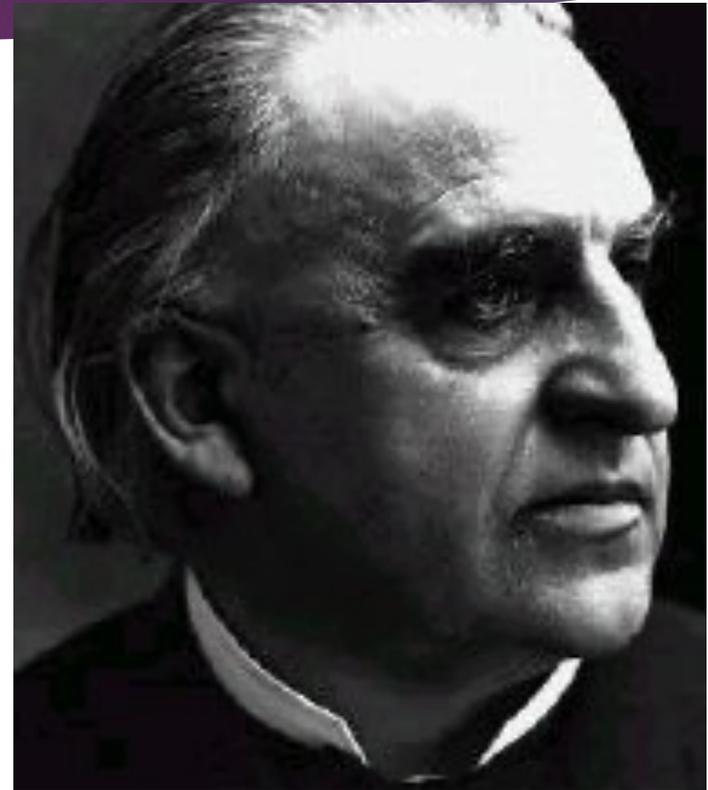
2. Historique

Dr Jean-Martin CHARCOT

Médecin français

(Paris, 1825 - près du lac des
Settons, Nièvre, 1893)

**Fondateur avec
Guillaume Duchenne
de la neurologie
moderne et l'un des
plus grands cliniciens
français.**



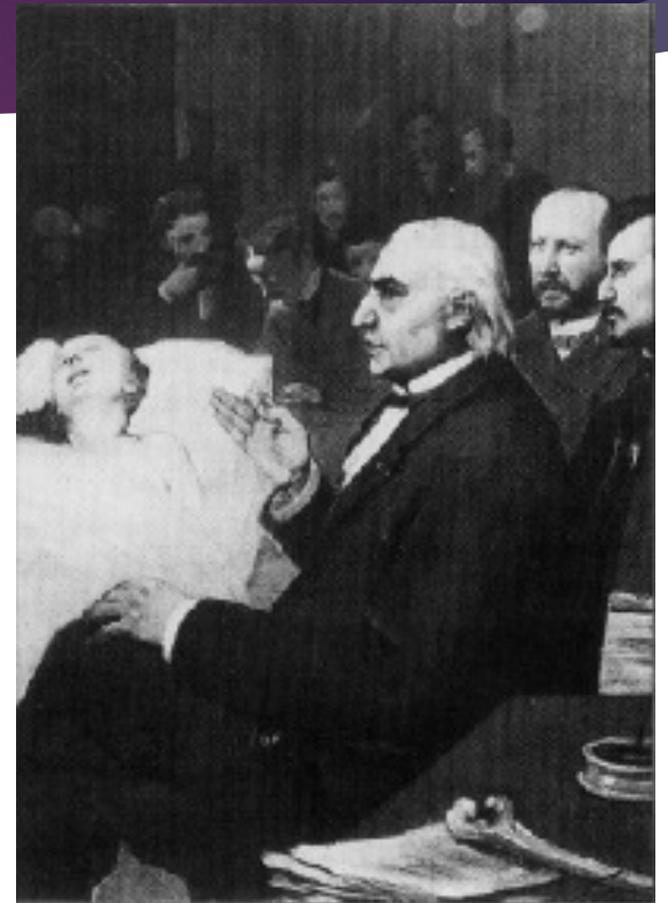
2. Historique

CHARCOT s'intéresse à l'hystérie masculine, à laquelle il reconnaît certaines particularités. Entre autres celle de toucher des hommes qui n'ont rien de féminin, et celle de déclencher bien souvent ses manifestations à l'occasion d'un facteur traumatique.

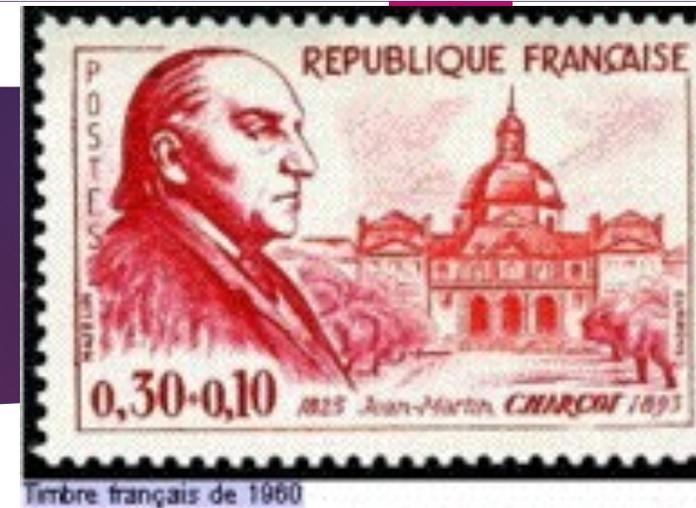


2. Historique

N'y voyant qu'une forme étiologique de l'hystérie et de la neurasthénie jusque là restées latentes, Charcot dénie, dans ses Leçons du mardi à la Salpêtrière en 1888 et 1889, l'autonomie nosologique de la névrose traumatique.



2. Historique



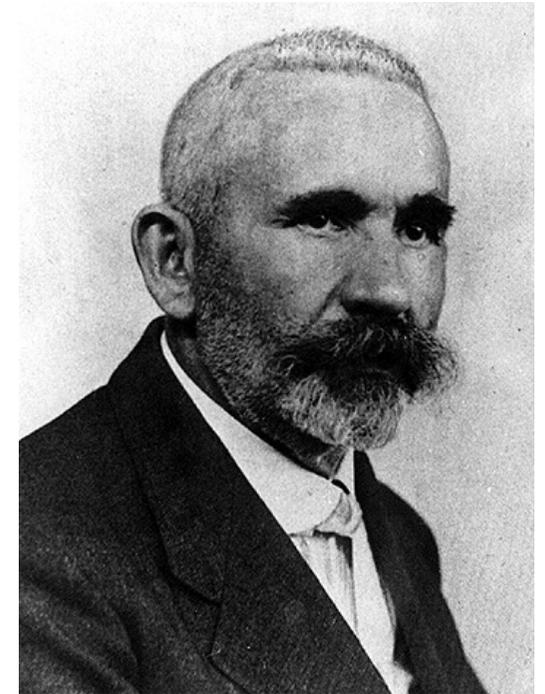
Timbre français de 1960

Il insiste sur le rôle joué par la **frayeur et la terreur** dans le développement de l'affection, et signale des troubles liés à des réactions de conversions traumatiques, des **reviviscences diurnes, des cauchemars reproduisant l'accident**, des états d'alerte et de désinvestissement du monde extérieur, et enfin une variabilité dans le délai d'apparition des premiers troubles qu'il nomme période de méditation

2. Historique

Emil Kraepelin est né le 15 février 1856 à Neustrelitz. Il commença ses études de médecine à Würzburg et les termina à Leipzig. Cependant, en 1899.

Emil Kraepelin a développé le concept de névrose d'effroi (Schreckneurosen), auquel il confère un statut nosologique indépendant de l'hystérie traumatique de J-M. Charcot et y consacre huit pages de son traité.



2. Historique

Dès la fin du XIX^{ème} siècle, E. Kraepelin notait qu'une personne **simplement spectatrice** d'un accident pouvait développer une névrose d'effroi.

Il observe chez ses patients une rumination des événements liés au traumatisme, un sommeil perturbé, des difficultés relationnelles, une réduction des champs d'intérêts, une certaine fatigabilité et inaptitude au travail, des signes de dépression, d'agoraphobie ainsi que des plaintes hypocondriaques (Barrois, 1988).



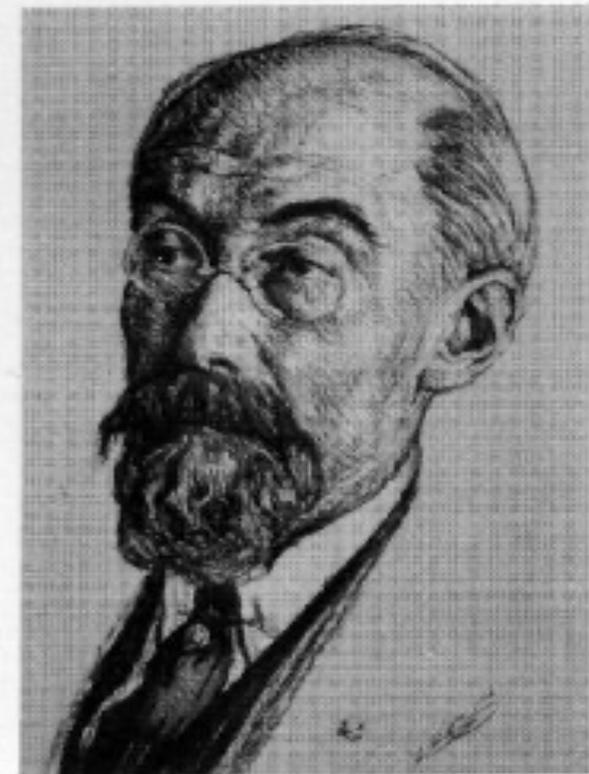
2. Historique

En 1889, Pierre Janet a soutenu sa thèse de doctorat ès lettres sur L ' automatisme psychologique, dans laquelle il présentait huit cas de névrose dus à un traumatisme psychique.



2. Historique

Dans quatre ouvrages majeurs de son oeuvre , sur les cinq cent quatre vingt onze cas présentés, cent soixante seize ont été déclenchés ou déterminés par une émotion violente, correspondant à la notion contemporaine de traumatisme psychique qu'il emploiera à partir de 1919 dans « Les médications psychologiques »



PIERRE JANET

2. Historique

C'est Pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat ès lettres de 1889, *L'Automatisme psychologique*, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, **y pénètrent par effraction**, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ».

2. Historique

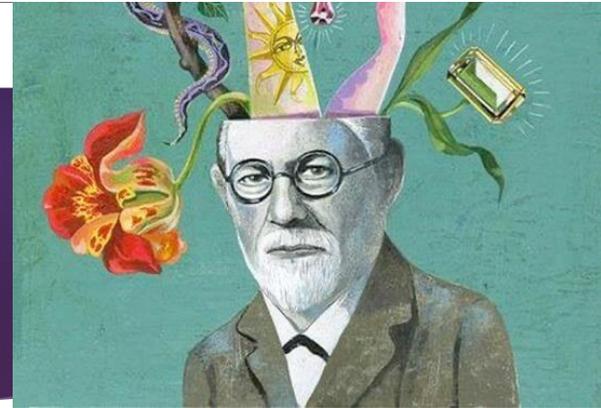
Puis, ce corps étranger va donner lieu à une dissociation de la conscience : la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'éprouvés bruts, que Janet dénomme « idée fixe») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), **tandis que le reste de la conscience continue** d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés.

2. Historique

Sur le plan thérapeutique, Janet préconise :

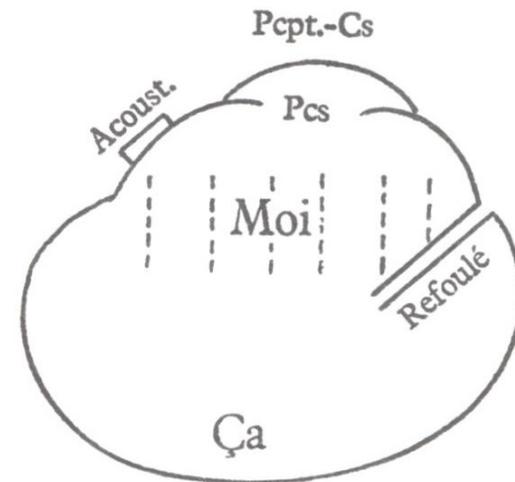
- de faire réapparaître sous hypnose l'événement traumatisant oublié de la conscience et de le révéler au patient à son réveil
- d'induire sous hypnose une issue heureuse à l'événement, pour effacer les effets nocifs de son issue réelle ;
- et d'inciter le sujet à transformer par le langage sa souvenance brute en souvenir construit.

2. Historique



Quatre ans plus tard, en 1893, dans sa Communication préliminaire, Freud reprend à son compte les hypothèses de Janet concernant le choc émotionnel, l'effraction dans le psychisme, le corps étranger et le phénomène de dissociation du conscient, et désigne la souvenance brute de l'événement par le terme platonicien de «réminiscence»

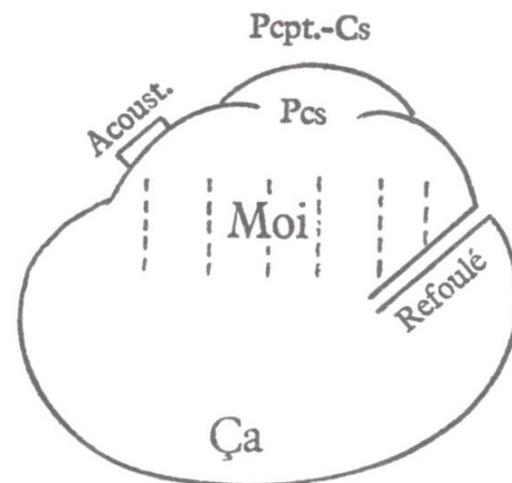
2. Historique



En 1921, dans son essai *Au-delà du principe du plaisir*, Freud va expliciter les aspects dynamiques de sa théorie du trauma.

Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « **pare-excitation** », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables (plus faciles à lier)

2. Historique



En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie venant de l'intérieur du psychisme, s'il a à ce moment-là de l'énergie disponible, ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent).

Ce qui fait qu'un même événement **potentiellement traumatisant fera effraction (et donc trauma)** pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport de forces entre les excitations venant du dehors et l'état – constitutionnel et conjoncturel – de la barrière de défenses qui les reçoit.

2. Historique



- ▶ Ferenczi a souvent été accusé, y compris par Freud, de revenir à une conception périmée du traumatisme, celle que Freud lui-même a abandonnée en 1897 (voir sa lettre à Fliess du 21 septembre 1897), lorsqu'il s'est rendu compte que les événements traumatiques rapportés par ses patients hystériques étaient souvent non des faits, mais des fantasmes.

2. Historique



- ▶ Ferenczi va manifester un intérêt tout particulier pour le traumatisme réel qui doit, selon lui, redevenir le point central du travail analytique. Il est selon lui à l'origine de la névrose. Ferenczi **soutenait que le trauma réel était beaucoup plus fréquent que Freud** ne le pensait alors, et même toujours présent si l'on parvenait à aller suffisamment au fond des choses.

2. Historique



- ▶ L'auteur décrit le trauma comme un choc, une commotion, qui fait éclater la personnalité. « Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique.

2. Historique



Il a cherché à décrire le clivage qui en résulte par toutes sortes d'images : clivage d'une partie morte, tuée par la violence du choc, qui permet au reste de vivre une vie normale, mais avec un morceau de la personnalité qui manque, qui reste hors d'atteinte, comme une sorte de kyste à l'intérieur de la personnalité; ou encore, sous l'effet de chocs répétés (comme dans le cas de RN par exemple), il parle de clivages multiples, qui peuvent aller jusqu'au morcellement en fragments innombrables, l'atomisation.

2. Historique



- ▶ Ferenczi, bien que son apport théorique soit fondamental et le point de départ de bien des développements modernes, était un thérapeute convaincu; il multipliait les expériences techniques, visant à sécuriser suffisamment ses patients traumatisés pour leur permettre de remonter jusqu'au trauma à l'origine de leur maladie.
- ▶ Mais il estimait qu'il s'agissait **d'un trauma subi dans la petite enfance**, qui n'a jamais été vécu consciemment et ne pouvait donc être remémoré au moyen de la technique dite classique.

2. Historique



- ▶ Dans « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », Ferenczi insiste, sur la nécessité de prendre la régression à l'infantile au pied de la lettre, et de considérer toute la profondeur du clivage, pour comprendre qu'un patient régressé ne peut plus raisonner, qu'il ne réagit qu'aux attitudes.
- ▶ Il fait allusion ici à ce que Balint appellera plus tard la zone du défaut fondamental, zone qui implique une relation à deux personnes et où le langage adulte conventionnel n'a pas cours.
- ▶ À ce niveau de régression, le patient est doué d'une sensibilité et d'une clairvoyance extraordinaires : l'analyste doit faire preuve de la plus grande sincérité pour ne pas confronter son malade avec l'hypocrisie, le désaveu, le rejet d'autrefois.

2. Historique



- ▶ Le mécanisme d'action du traumatisme selon Ferenczi : la première réaction au choc est une « psychose passagère », une rupture avec la réalité.
- ▶ Dans sa description, Ferenczi insiste sur la soudaineté, le caractère inattendu de l'événement traumatique. Le sujet répond par un clivage psychotique, ainsi qu'une destruction du sentiment de soi, des défenses, voire de la forme propre.
- ▶ On observe une paralysie de toute activité psychique, de la motilité, des perceptions, de la pensée; un état de passivité, de non-résistance s'installe. Le sujet peut alors se faire malléable, pour mieux encaisser le choc, ou bien réagir par la fragmentation, voire l'atomisation de sa personnalité, comme dans le cas de traumatismes répétés.

2. Historique



- ▶ L'enfant traumatisé, physiquement et psychiquement plus faible, se trouvant sans défense, n'a d'autre recours que de s'identifier à l'agresseur, se soumettre à tous ses désirs, voire les prévenir, finalement y trouver même une certaine satisfaction.
- ▶ Un autre mode de réaction au trauma est ce que Ferenczi appelle la « progression traumatique ». L'enfant traumatisé, et clivé, développe soudain d'étonnantes facultés d'intelligence et de sagesse; il devient l'infirmier, voire le psychiatre de ses parents. C'est à ce propos que Ferenczi a conçu sa notion de « wise baby », de nourrisson savant, qui prend en charge les problèmes de ses parents défailants.

2. Historique



- ▶ Par suite du clivage, de la cassure, la relation d'objet se transforme en relation narcissique : une partie de la personnalité va materner l'autre, deviendra en quelque sorte son « ange gardien ». Si un deuxième choc vient alors redoubler le premier, l'ange gardien risque d'être débordé, ce qui peut même aboutir au suicide.
- ▶ Toutes ces descriptions, ces touches successives, se trouvent dans cinq articles écrits entre 1928 et 1932, dont le plus impressionnant est son célèbre article, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant » (1932)

2. Historique

Le première guerre mondiale...

Chez tous les belligérants, les psychiatres ont été mêlés de très près au conflit. Dans chaque pays, la manière d'appréhender les troubles psychiques de guerre a dépendu aussi bien de la culture propre à la nation que de la référence aux maîtres reconnus dans la discipline.

2. Historique



2. Historique

- Quand aux Américains: L'organisation empiriquement expérimentée par l'armée française fut retenue pour son efficacité et formulée clairement à la manière d'un dogme : **le traitement doit se faire près des lignes, dès que possible, et viser à ce que le "blessé psychique" reprenne sa place aux côtés de ses camarades.** Sous le nom de "principes de SALMON", cette doctrine restera en vigueur dans les armées occidentales.

2. Historique

Le seconde guerre mondiale...

Les études américaines faites à l'occasion de la deuxième guerre mondiale, puis en Corée et au Vietnam sur le terrain, ont réuni à propos des troubles psychiques aigus de guerre une masse d'informations considérable.

2. Historique

- 930 000 hommes hospitalisés pour troubles mentaux, soit 1/10 de l'ensemble des mobilisés, et deux fois plus que de blessés physiques.
- Toujours dans les troupes américaines, durant l'année 1944, les pertes psychiques furent multipliées par cinq pendant les périodes de combat (250/1000 hommes), et par dix ou presque lors des combats les plus acharnés, comme à Okinawa.

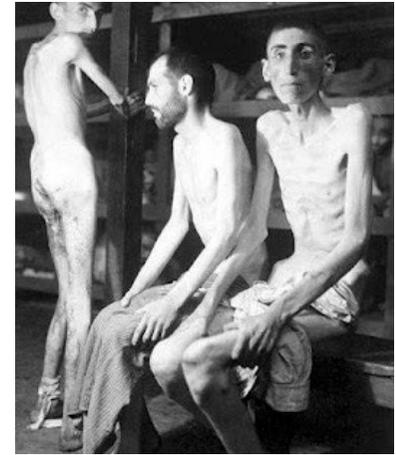
2. Historique

- Le pourcentage des pertes psychiques suit une courbe parallèle à celle des blessés et des morts. Enfin, la preuve fut faite qu'après 35 jours de combat ininterrompu, 98 % des hommes présentaient des symptômes psychiatriques.

2. Historique

- ▶ Bilan de cette période marquée par la Deuxième Guerre Mondiale, à partir de la notion de traumatisme,
- ▶ On s'aperçoit que celle-ci se dilue de plus en plus dans des notions plus larges comme le choc émotionnel, l'épuisement, le stress, etc...
- ▶ D'autre part, les théories mécanicistes type OPPENHEIM ou shell shock sont à peu près abandonnées

- ▶ 1954 : René Targowla, *syndrome asthénique des déportés* ou *syndrome des déportés* ou *syndrome de Targowla*, *syndrome d'hypermnésie paroxsystique*.
- ▶ 1964 : Leo Eitinger, psychiatre norvégien : *KZ syndrome* (*konzentrationslager syndrome*).
- ▶ Syndrome à dominance d'asthénie physique et psychique.
- ▶ 1952 : Bruno Bettelheim, psychologue, psychanalyste autrichien : culpabilité du survivant.
- ▶ 1957 : William Niederland, psychanalyste allemand : syndrome du survivant (*survivor syndrome*)
- ▶ Syndrome à dominance de culpabilité.



L'évolution des théories psychodynamiques après la 2^{ème} guerre mondiale



► Jacques Lacan

- Le réel traumatique est ce qui est impossible à dire ou à représenter, **ce qui fait trou dans le signifiant.**
- Pour ses successeurs (Barrois, Briole, etc.), le traumatisme est une **rencontre non manquée avec le Réel de la mort.**

L'évolution des théories psychodynamiques après la 2^{ème} guerre mondiale



- ▶ **1952 : Joseph Wolpe**, psychologue américain
- ▶ Traitement de phobies par **désensibilisation systématique**.
- ▶ Un état de relaxation permet au sujet d'affronter la situation anxiogène en imagination puis en réalité → **théorie de l'inhibition réciproque** : état psychologique incompatible avec l'état anxieux pendant l'exposition à l'objet phobique.

La guerre du Vietnam (1964-1975)

- ▶ Guerre de proximité et de basse intensité (guérilla).
- ▶ Impopulaire et perdue.
- ▶ Hostilité de la population envers les vétérans victimes de stéréotypes hostiles (marginaux, incapables de s'adapter à la société, drogués, perturbés psychologiquement, violents, déshumanisés, etc.)



Une reconnaissance du traumatisme



- ▶ **1972** : **Chaim Shatan**, psychiatre américain, **Post-Vietnam syndrome** : trouble massif (accès de **rage**, **comportements impulsifs violents**, **culpabilité**, **torpeur** psychique, sentiment d'être un **bouc-émissaire**), **expression différée** (plusieurs mois après la démobilisation).
- ▶ **1975** : les séquelles tardives présentées par un nombre croissant de vétérans attirent l'attention des professionnels et des pouvoirs publics.
- ▶ **1980** : l'ESPT est reconnu par l'administration des anciens combattants comme une infirmité ouvrant droit à réparation financière.

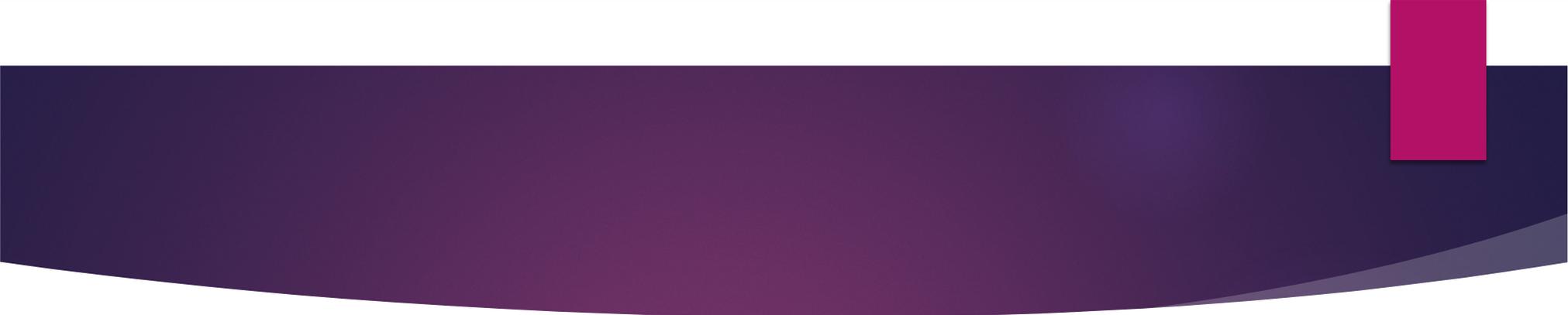
▶ **1980 : introduction du PTSD dans le DSM-III**

▶ Une réelle victoire :

- ▶ Reconnaissance malgré des enjeux financiers importants.
- ▶ Hypothèse étiopathogénique dans une nosographie qui se veut descriptive et sans référence à un modèle théorique.
- ▶ Les troubles résultent d'un agent extérieur et non d'une vulnérabilité personnelle.
- ▶ Les auteurs d'exaction peuvent être victimes.
- ▶ Les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des événements liés à la guerre.

La pression exercée par les vétérans et les pacifistes (impopularité de la guerre du Vietnam) ainsi que par les féministes ont joué un rôle essentiel!

Le traumatisme psychique est enfin reconnu... grâce au contexte!



3. La clinique

3. La clinique

- ✓ Réaction de stress normale, adaptative
- ✓ Réactions de stress dépassé, inadaptées
- ✓ Réactions névropathiques

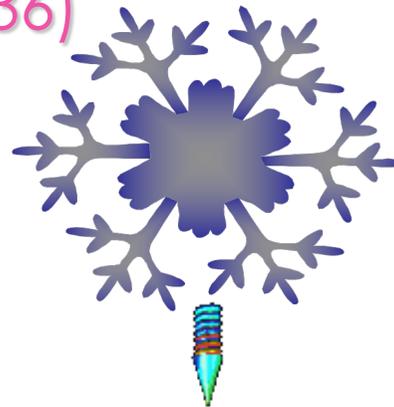
3. La clinique

- ✓ **Réaction de stress normale, adaptative**
- ✓ Réactions de stress dépassé, inadaptées
- ✓ Réactions névropathiques

RÉACTIONS PHYSIOLOGIQUES DE L'ORGANISME DEVANT UNE SITUATION DE STRESS

Expériences de SEYLE (1936)

FROID



MEDICAMENTS



SURPOPULATION



QUELQUES NOTIONS SUR LE « STRESS »

Étymologie

Latin – « *Stricus* » - serré, pressé

Anglais – « *Stress* » - contrainte, tension

Hans SEYLE (1956)

« Le corps donne la même réponse physiologique à une agression physique »

Élargissement du concept

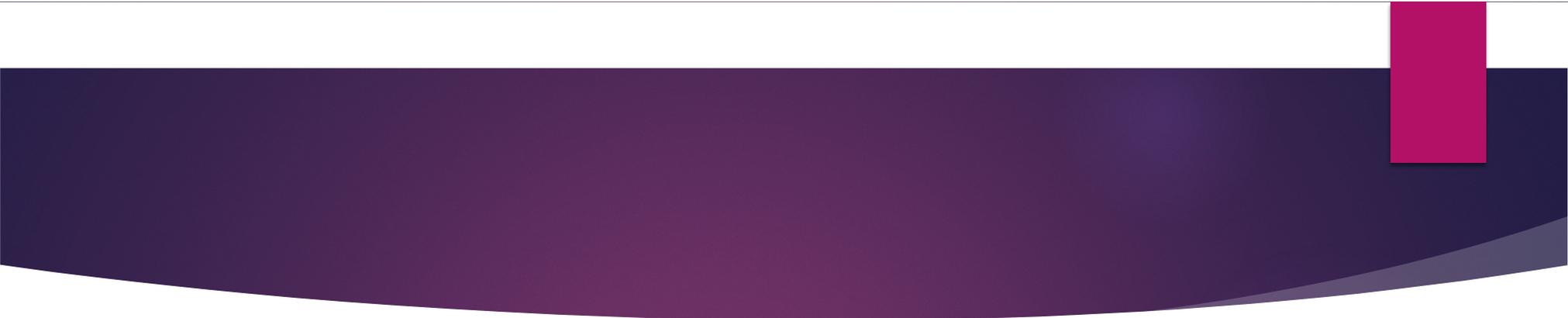
Physiologique *et* Psychologique

STRESS

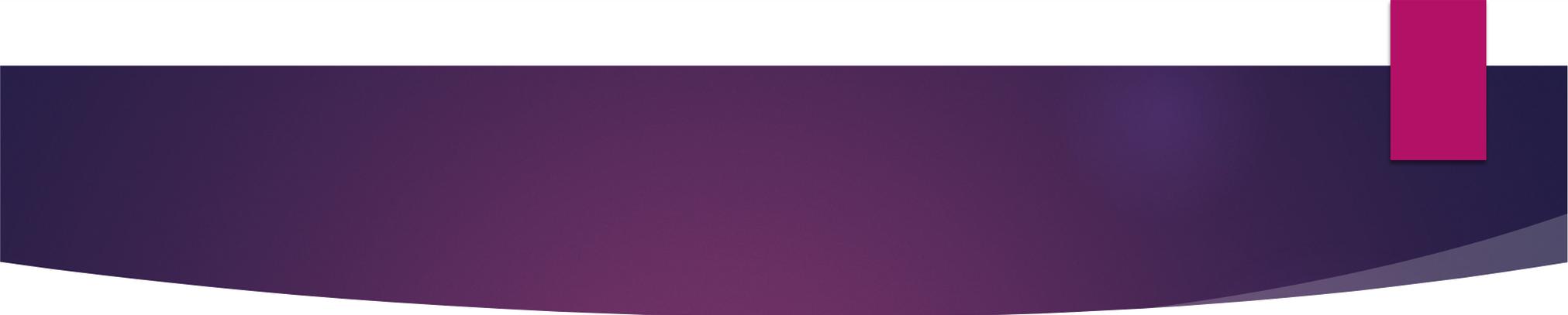


Syndrome général d'adaptation

Absolument indispensable à notre vie



Quelle est la finalité du Stress ?



Le cerveau est construit pour agir
avant d'être fait pour penser

Henri Laborit

Réponses au Stress ...les 3 F

- ▶ Le stress provoque chez l' être vivant deux réactions :
 - ▶ « FLIGHT or FIGHT »(Cannon 1930)
- ▶ En fait il existe trois comportements : 3 F
 - ▶ FIGHT:le combat ou l' action
 - ▶ FLIGHT:la fuite
 - ▶ FREEZE:l' inhibition

Réactions...au Stress

- ▶ augmentation de la fréquence cardiaque
- ▶ augmentation de la fréquence respiratoire
- ▶ vasodilatation au niveau musculaire
- ▶ vasoconstriction dans les zones cutanées
- ▶ augmentation de la transpiration
- ▶ analgésie
- ▶ dilatation pupillaire
- ▶ augmentation du tonus musculaire

STRESS = KIT de SURVIE

Réactions...au Stress

- ▶ diminution du temps de coagulation
- ▶ mobilisation d' énergie
- ▶ augmentation de captage du sucre par les muscles
- ▶ augmentation du métabolisme du sucre dans le foie
- ▶ diminution des autres voies consommatrices d' énergie
- ▶ diminution de la digestion
- ▶ diminution de la croissance
- ▶ baisse de l' immunité
- ▶ baisse de la libido

3. La clinique

- ✓ Réaction de stress normale, adaptative
- ✓ Réactions de stress dépassé, inadaptées
- ✓ Réactions névropathiques

3. La clinique

- ✓ Réaction de stress normale, adaptative
- ✓ Réactions de stress dépassé, inadaptées



- la réaction de sidération
- la réaction d 'agitation désordonnée
- la fuite panique
- l'action automatique



- la réaction de sidération (cf plus loin dissociation péritraumatique)
- la réaction d 'agitation désordonnée
- la fuite panique
- l'action automatique



Elle est stupéfaction sur le plan intellectuel (le sujet est incapable de rien comprendre, de juger, ni de raisonner), stupeur sur le plan affectif (il est privé de sentiment, hébété, vivant comme dans un rêve artificiel, sans peur et sans courage, comme un automate), et de sidération ou inhibition sur le plan moteur (il demeure immobile, le faciès figé, incapable de faire un geste ni un pas et incapable de parler).

De telles réactions sont assez souvent observées dans les situations de danger soudaines et brutales. Par exemple, lors d'un attentat terroriste par bombe, une victime a dit plus tard : « je me regardais brûler immobile, sans bouger ni rien faire ».

En général, la réaction de sidération est éphémère, avec retour rapide à la conscience normale et à un comportement adapté : mais elle n'est pas toujours sans lendemain, car elle témoigne d'un stress intense, mal assimilé, et qui peut donner lieu ensuite à une névrose psycho-traumatique.



- la réaction de sidération
- la réaction d 'agitation désordonnée
- la fuite panique
- l'action automatique



- C'est l'inverse de la réaction de sidération. Le sujet stressé ressent un impérieux besoin d'agir, il ne peut pas supporter de rester immobile et inactif ; d'autant plus que l'action « occupe » et empêche de se laisser envahir par la peur.
- Mais, faute de sang-froid, faute de lucidité, et faute aussi de disposer de modèles d'action appris auparavant ou ordonnés par un cadre, le sujet va décharger sa tension dans une gesticulation brouillonne et inefficace : gestes inutiles, déplacements de va-et-vient, ordres contradictoires.
- Un tel comportement, qui peut précipiter le sujet stressé dans le danger, est en outre nuisible par son effet contagieux et par la perturbation qu'il provoque au sein de la communauté exposée au même danger. En général, cette réaction agitée est, elle aussi, éphémère et sans séquelle.



- la réaction de sidération
- la réaction d'agitation désordonnée
- la fuite panique
- l'action automatique



- Variante unidirectionnelle de la réaction agitée, elle répond, comme elle, à un besoin impérieux d'agir ou, au moins, de s'éloigner du danger.
- Reliquat d'une réaction archaïque collective organisée et salvatrice (la « fuite ensemble » du troupeau), elle devient pathologique lorsqu'elle est inappropriée à la situation, irraisonnée et contagieuse, et se transforme en fuite éperdue, parfois au sein même du danger.
- Elle peut être individuelle ou collective, et, dans ce dernier cas, surgir d'emblée ou se propager de proche en proche, comme une perle qui déferle. Non durable, elle se résout plus souvent spontanément et ne laisse pas, en principe de séquelle



- la réaction de sidération
- la réaction d 'agitation désordonnée
- la fuite panique
- l'action automatique

3. La clinique

- ✓ Réaction de stress normale, adaptative
- ✓ Réactions de stress dépassé, inadaptées



- Les réactions névrotiques surtout **phobiques et hystériques**, sont le fait de sujets (prédisposés) qui ont, le plus souvent, présenté de tels comportements dans d'autres circonstances. Ils teintent leur stress de leur manière habituelle de réagir.
- La réaction phobique est dominée par la peur phobique, irraisonnée, de tout stimulus rappelant le danger : bruit, odeur, vision, décor, personnage
- On voit ainsi des sujets se livrer à des crises compulsives, à des désespoirs spectaculaires, ou, plus théâtralement à de faux états seconds, quasi-somnambuliques ou faussement hallucinés. Plus que les simples réactions névrotiques nécessitent des soins médicaux et des mesures de surveillance et d'isolement.



ATTENTION

Une question de mémoire

memoire a long terme

MEMOIRE DECLARATIVE (consciente)

MEMOIRE EPISODIQUE

C'est une mémoire autobiographique et contextuelle. Pour se souvenir d'une information stockée dans ce système, il faut se rappeler du contexte spatial et temporel.

.....

Géré par le système limbique.

MEMOIRE SEMANTIQUE

C'est une mémoire culturelle et décontextualisée. La mémoire sémantique n'est pas toujours consciente.

.....

Géré par les aires de Broca (compréhension) et Wernicke (langage).
+ cortex préfrontal (importance dans le choix des stratégies)

MEMOIRE NON-DECLARATIVE (inconsciente)

MEMOIRE PROCEDURALE

C'est la mémoire des habitudes sensorimotrices. Le fait de conduire de jouer du piano.

MEMOIRE IMPLICITE

C'est une mémoire peu souvent atteinte dans les pathologies. Là le sujet ne sait pas qu'il apprend quelque chose mais il ne sait pas non plus qu'il restitue quelque chose.

3. La clinique

- ✓ **Séquelles chronicisées**
 - ✓ **Syndromes psychotraumatiques chroniques - statut nosographique**
 - ✓ **Temps de latence**
 - ✓ **Syndrome de répétition**
 - ✓ **Symptômes non spécifiques**

3.1 Le trouble de stress posttraumatique

- ✓ L'intérêt social et empirique pour cet ensemble de symptômes a ainsi favorisé sa reconnaissance diagnostique et son intégration nosologique au sein du DSM-III en 1980.
- ✓ En 1987, le DSM-III-R (APA, 1987) propose quatre critères pour diagnostiquer un TSPT:

Du DSM-IV au DSM-V

**Critère
A DSM-4**



Le sujet a été exposé à un événement traumatique...dans lequel les deux éléments suivant étaient présents

**Critère
A1**



Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

**Critère
A2**



La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les «nouveauautés» : du DSM-IV au DSM-V

Critère A DSM 5

Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

NB: Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, Cf les critères correspondants

Les «nouveauautés» : du DSM-IV au DSM-V

Critère A DSM 5

Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Les «nouveautés» : du DSM-IV au DSM-V

Critère B DSM-4

L'événement traumatique est constamment revécu de l'une (ou plusieurs) des façons suivantes.

Critère B1

Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions

Critère B2

Rêves répétitifs et pénibles de l'événement, provoquant un sentiment de détresse

Critère B3

Impression soudaine «comme si» l'événement traumatique allait se reproduire



**Critère
B DSM-5**

Présence d'un (ou plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause:

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement provoquant de la détresse (enfant moins de 6 ans, jeux répétitifs).
2. Rêves répétitifs (provoque détresse) de l'événement et perturbants.
3. Impression ou agissement soudain « comme-si » l'événement traumatique allait se reproduire (flash-backs).
4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes évoquant ou ressemblant à l'événement traumatique.
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes évoquant ou ressemblant à l'événement traumatique.

Les «nouveauautés» : du DSM-IV au DSM-V

Critère C DSM-4

Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale.

Critère C1

Efforts pour éviter les pensées...

Critère C2

Efforts pour éviter les activités...

Critère C3

Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme.

Critère C4

Réduction nette de l'intérêt...

Critère C5

Sentiment de détachement d'autrui...

Critère C6

Restriction des affects...

Critère C7

Sentiment d'avenir bouché...

**Critère
C DSM-5**

Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques débutant après la survenue de ce dernier, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

**Critère
D DSM 5**

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées concernant soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou les conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent l'individu à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes
4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

**Critère
D DSM 5**

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivantes :

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

**Critère
E DSM 5**

Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irreflexif ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

**Critère
F, G, H
DSM 5**

F. La durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

Remarque : *Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

A expression retardée:

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

3.2. Le TSPT de l'enfant de 6 ans ou moins

Critère A DSM-5

Chez l'enfant de 6 ans ou moins , exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant ; *NB être témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électronique, TV, films, images ;*
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou une personne prenant soin de l'enfant.

Critère B DSM-5

Présence d'un (ou de plusieurs) symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. *NB les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas forcément apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais reconstitutions dans le jeu ;*
2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié aux événements traumatiques ;
3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). Des reconstructions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours de jeux

Critère B DSM-5

Présence d'un (ou de plusieurs) symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ;
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants.

Critère C DSM-5

Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événement traumatique, soit des alterations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événement traumatiques, doivent être présents et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Évitement persistant de stimuli

1. Évitement ou efforts pour éviter des activités, des endroits ou des indices physiques qui réveillent les souvenirs du ou des événement traumatiques ;
2. Évitement ou effort pour éviter des personnes, conversations, ou des situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques

Critère C DSM-5

Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatique, soit des altérations des cognitions et de l'humeur associées à l'événement/aux événements traumatiques, doivent être présents et débuter après le ou les événements ou s'aggraver après le ou les événements traumatiques :

Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (par exemple crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion) ;
4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à des activités y compris le jeu ;
5. Comportement traduisant un retrait social ;
6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

Critère D DSM-5

Changements marqués de l'éveil et de la réactivité associés à l'événement/aux événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent au moins deux des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets ;
2. Hypervigilance ;
3. Réaction de sursaut exagéré ;
4. Difficultés de concentration ;
5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité).

**Critère E
DSM-5**

La perturbation dure plus d'un mois.

Critère F DSM-5

La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération des relations avec les parents, la fratrie, les pairs, d'autres aidants ou une altération du comportement scolaire.

**Critère G
DSM-5**

La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs :

Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants :

1. Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) ;

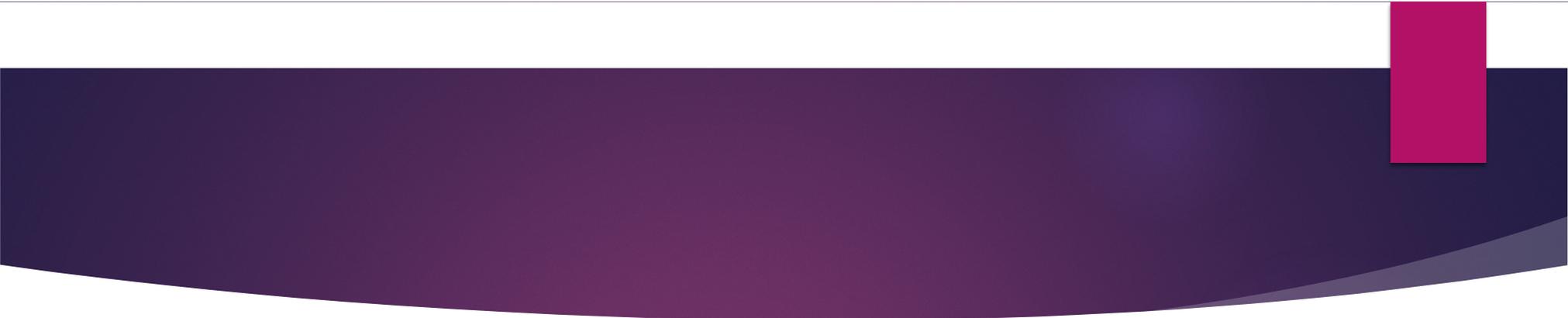
2. Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi).

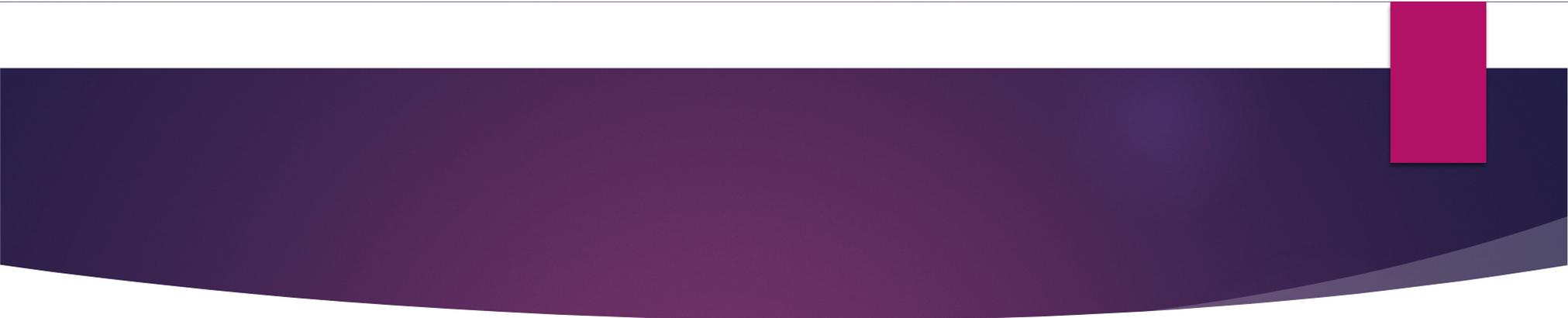
Remarque : *Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes).*

A expression retardée:

Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat).

3.3. Le Trouble de Stress Aigu ou TSA

- 
- ▶ **Le Trouble de Stress Aigu (TSA) constitue une opérationnalisation de ce que nous nommions familièrement «l'état de choc» autrefois. Il désigne la réaction immédiate de la personne à la suite d'un événement traumatique.**

- 
- ▶ Le TSA comporte plusieurs similitudes avec le trouble de stress post-traumatique. En effet,
 - ▶ Il faut avoir vécu un événement traumatique qui est défini de la même façon que pour le TSPT
 - ▶ Il faut aussi que la victime souffre d'au moins un symptôme de reviviscences, d'évitement et d'hyperactivation défini de la même façon que pour le TSPT.

Critère A DSM 5

Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes :

1. en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ;
2. en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ;
3. en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ;
4. en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants).

Remarque : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail.

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Symptômes envahissants

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse;

NB: chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques

NB: Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

3. Réactions dissociatives (par exemple flashbacks) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De tels réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.

NB: Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours de jeux.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Humeur négative

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux)

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Symptômes dissociatifs

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (par exemple se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps)
7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues)

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Symptômes d'évitement

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

Critère B ADSM 5

Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes: symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Symptômes d'éveil

10. Perturbation du sommeil
11. Comportements irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
12. Hypervigilance
13. Difficultés de concentration
14. Réaction de sursaut exagérée

Critère C ADSM 5

La durée de la perturbation (des symptômes du critères B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme

NB: Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques du trouble.

Critère D ADSM 5

La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Critère E ADSM 5

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (par exemple lésion cérébrale traumatique légère) et n'est pas mieux expliquée par un troubles psychotique bref.



▶ **Le TSPT se présente rarement seul...**

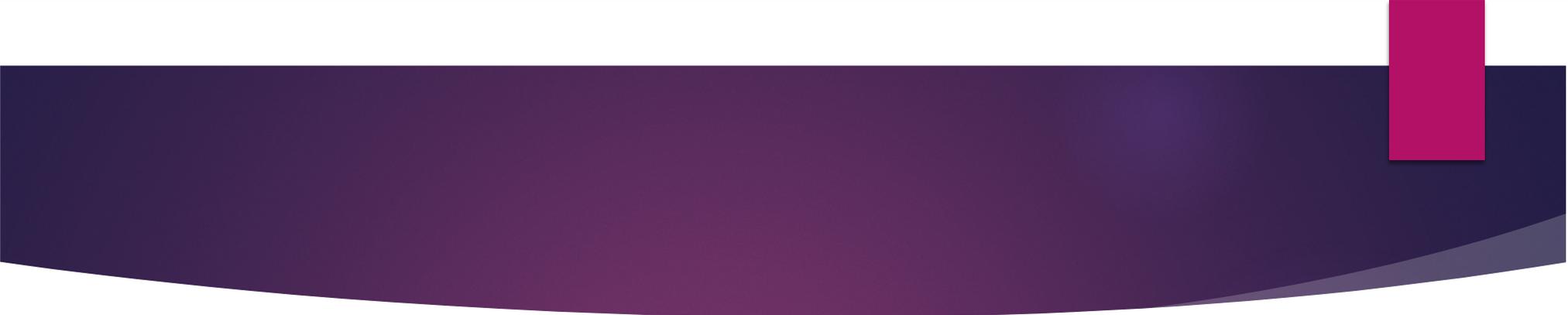
- ▶ **Dépression**
- ▶ **TS**
- ▶ **Séquelles physiques**
- ▶ **Anxiété**
- ▶ **Addictions**
- ▶ **Difficultés relationnelles**
- ▶ **Troubles de la sexualité.**

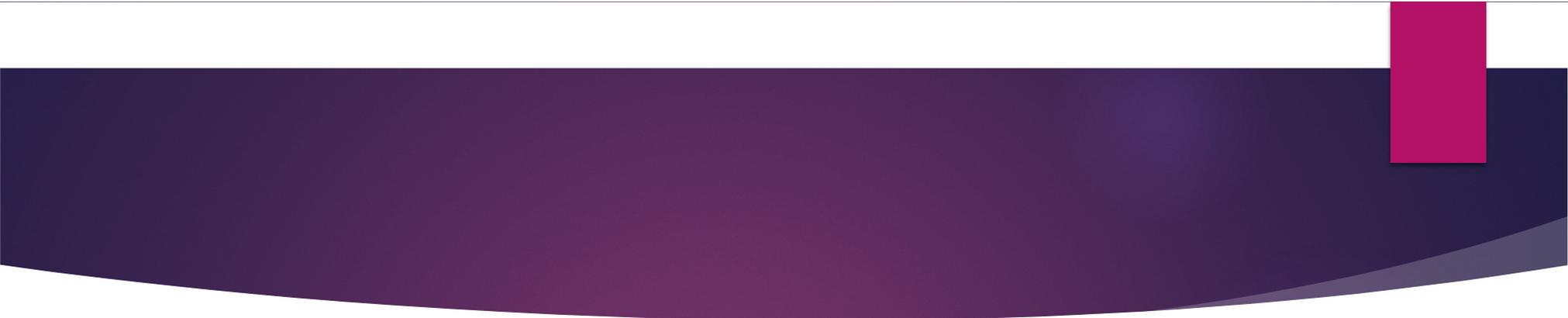
3.4. Les modèles



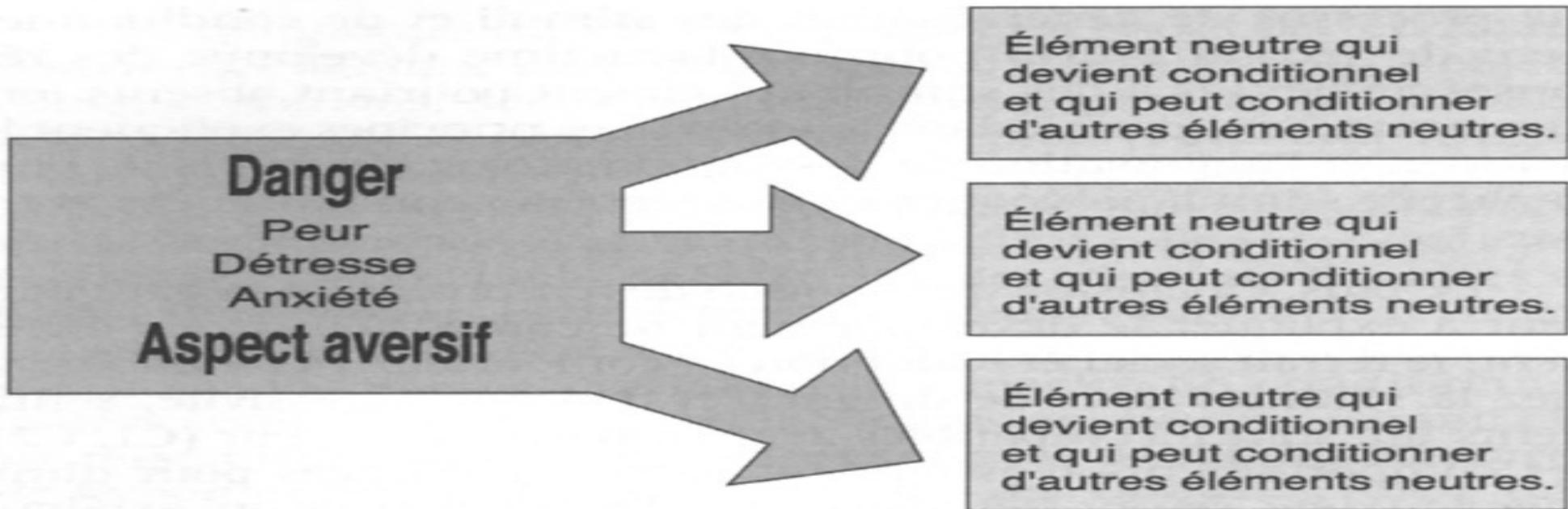
Partie 1

Les modèles classiques du trauma

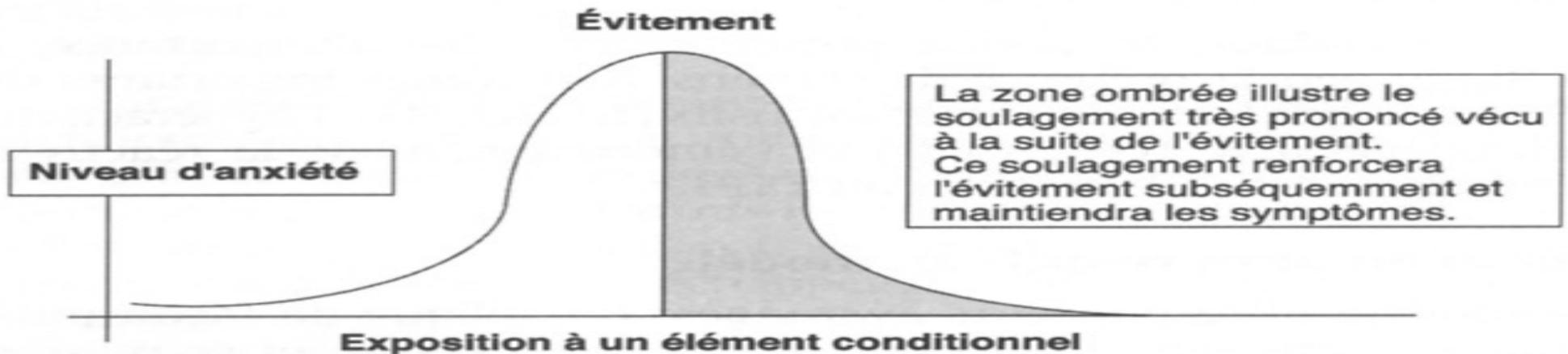
- 
- ▶ Le modèle de conditionnement de Mowrer (1960)
 - ▶ Le modèle de traitement émotionnel de Foa et al. (1989)
 - ▶ Le modèle de Joseph et al. (1995)
 - ▶ Le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1986)

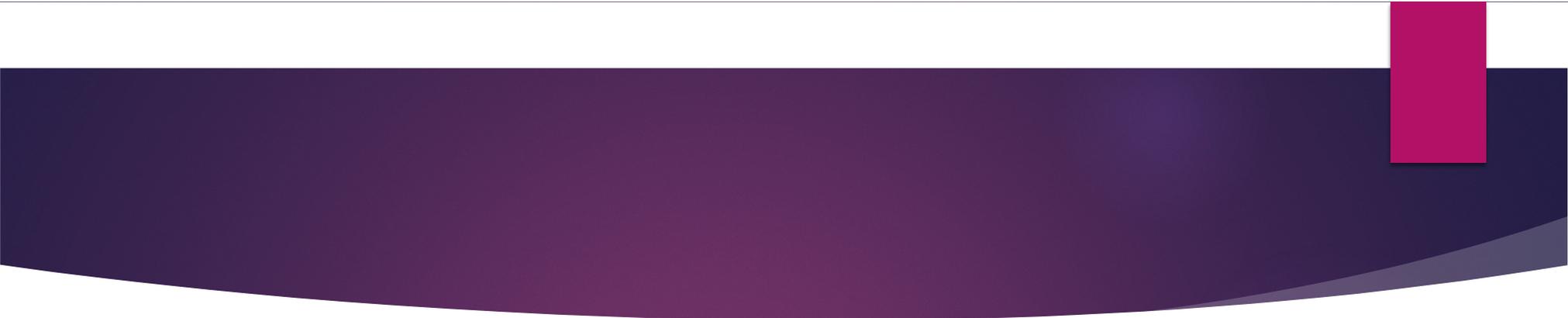
- 
- **Le modèle de conditionnement de Mowrer (1960)**

Mécanisme de conditionnement classique

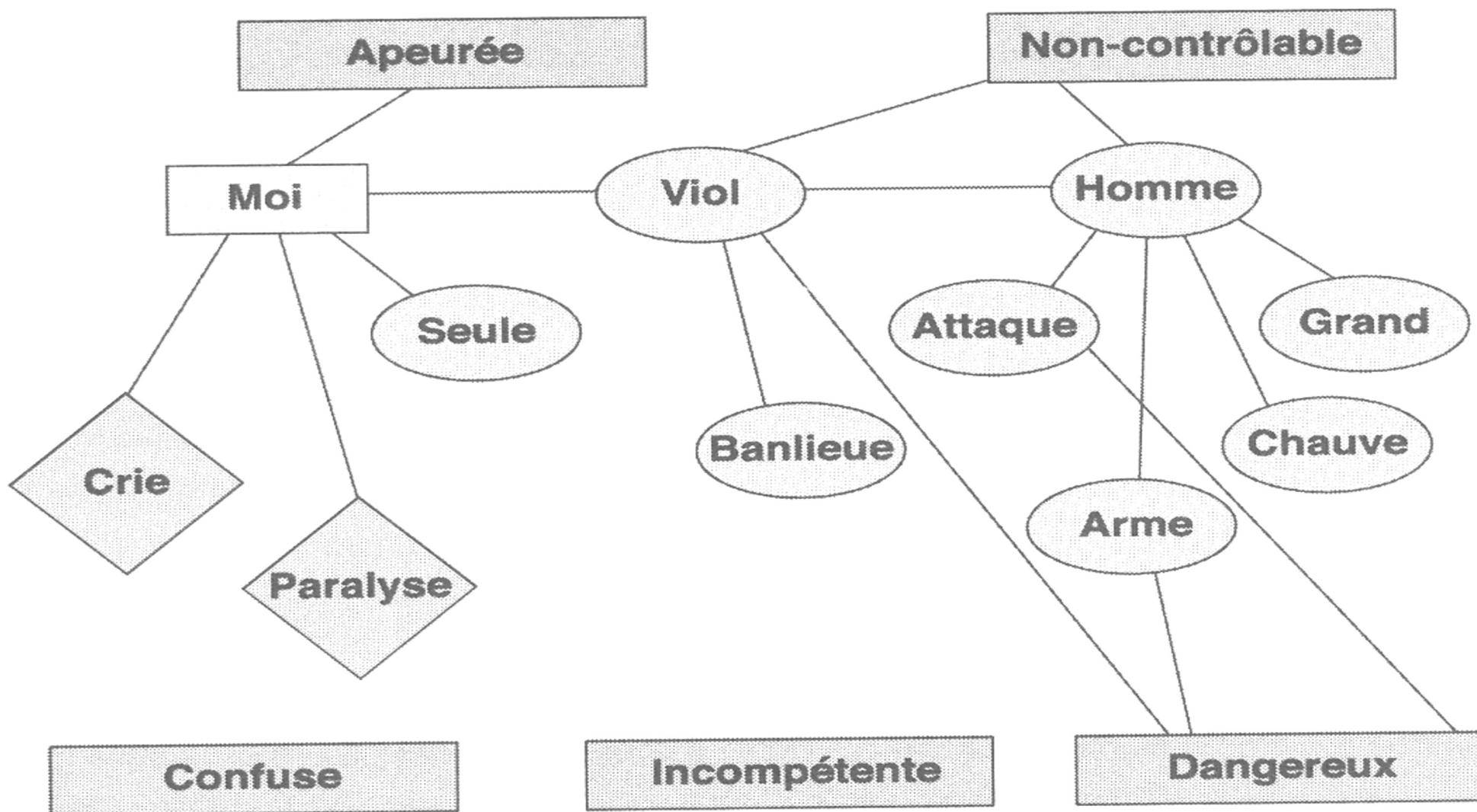


Mécanisme de renforcement négatif

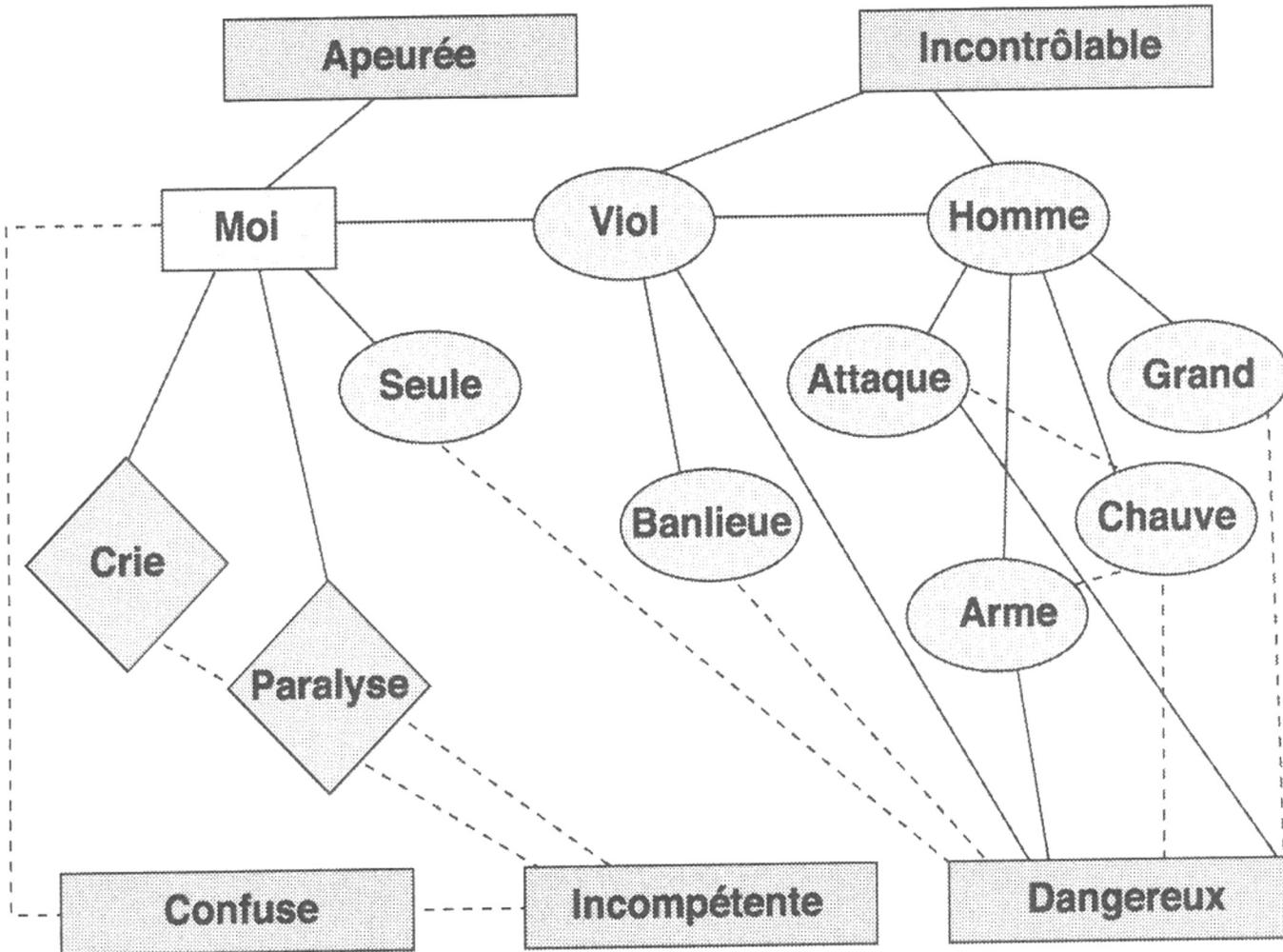


- 
- **Le modèle de traitement émotionnel de Foa et al. (1989)**

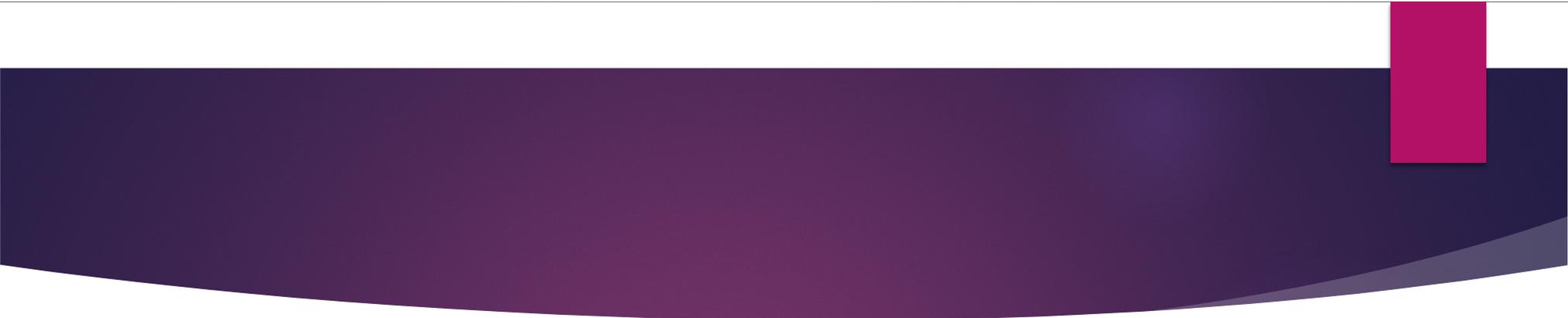
Modèle de Foa



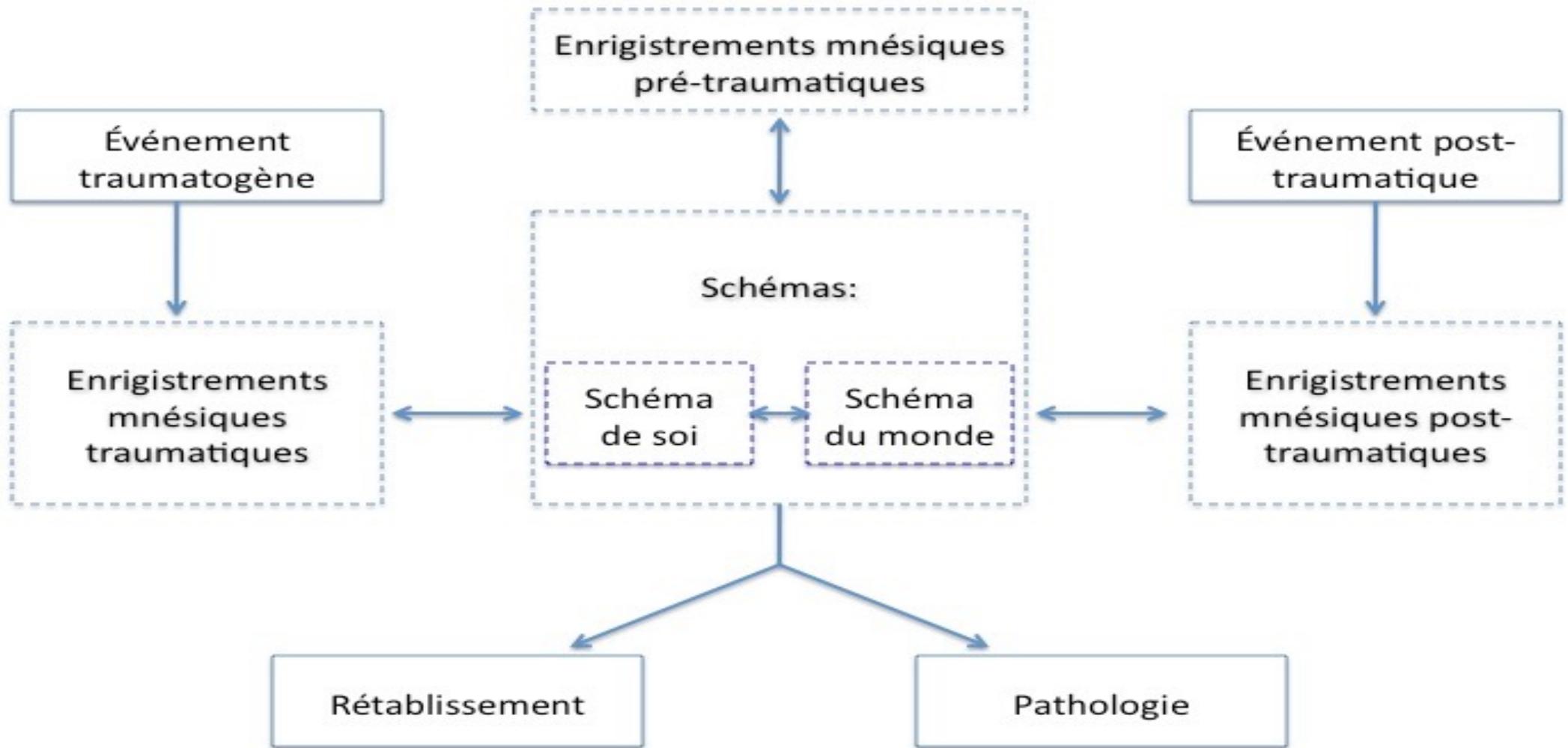
Modèle de Foa



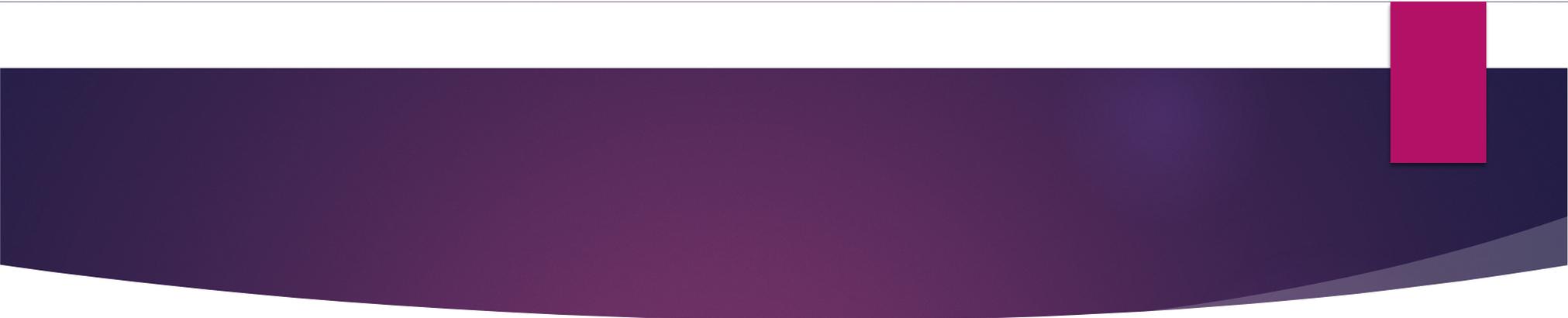
Figures tirées de Foa & Rothbaum (1998).



- **Le modèle de traitement émotionnel de Foa et Rothbaum (1998)**



-
- Événement externes
 - - - Représentation mentale en mémoire à long terme

- 
- **Le modèle de Joseph et al. (1995)**

Modèle de Joseph, Williams et Yule (1995)

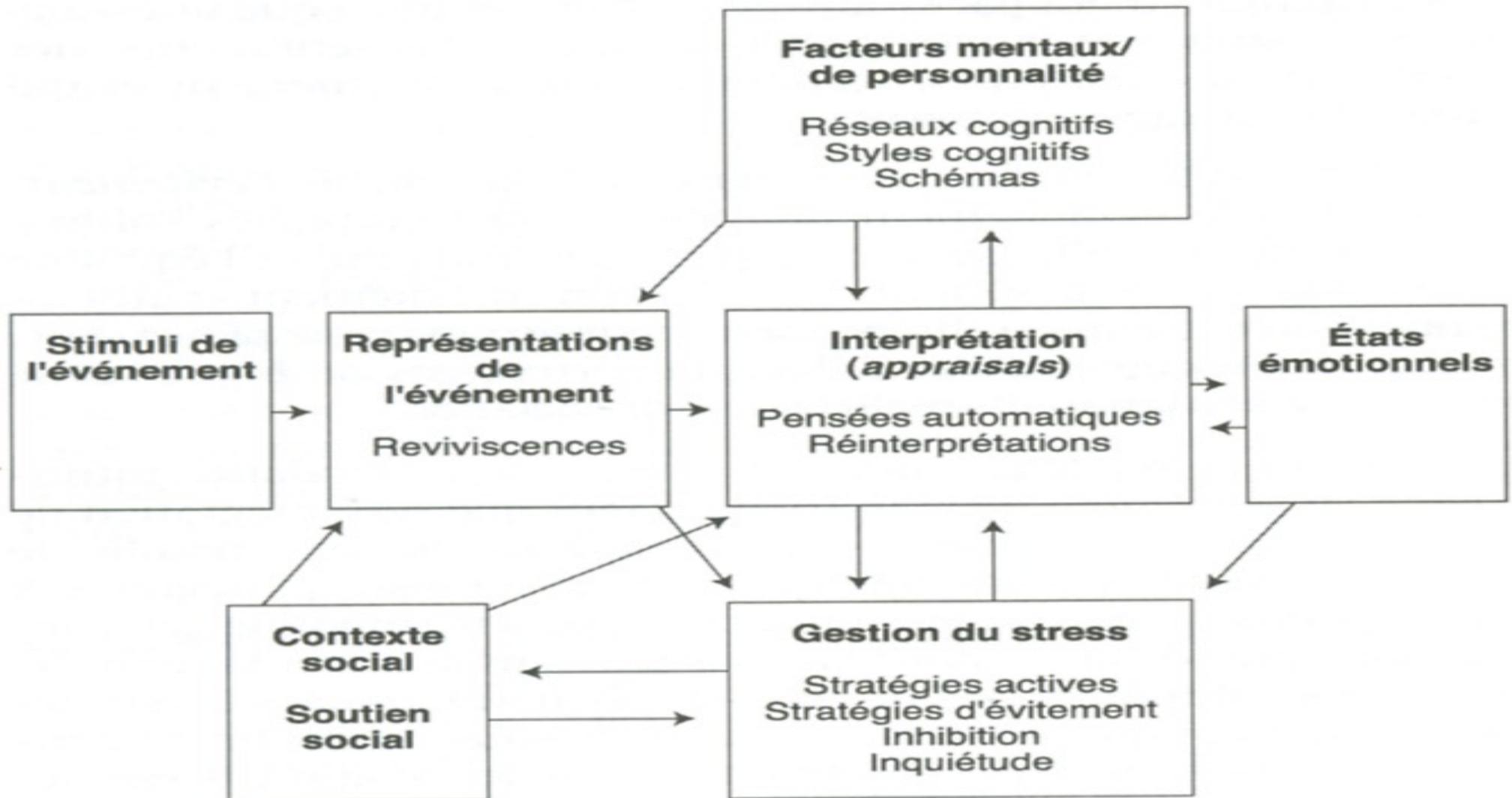
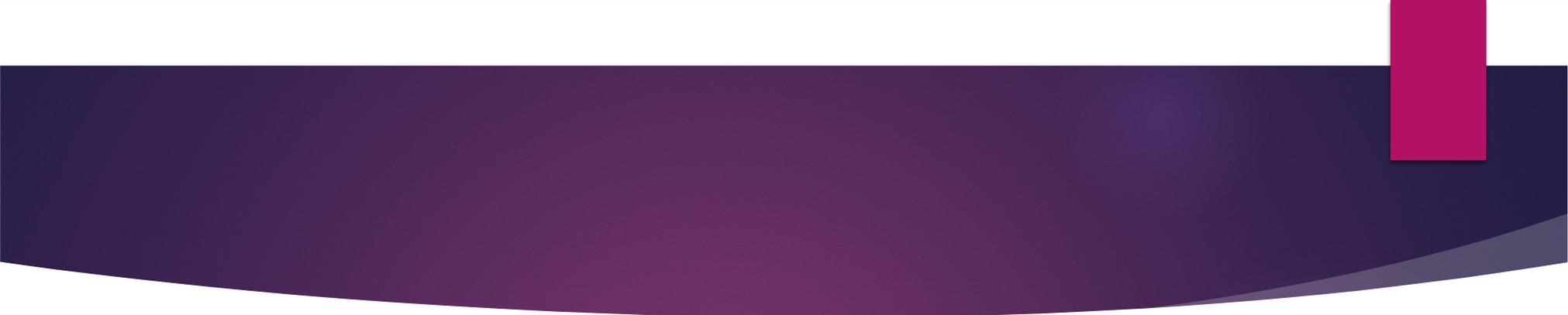


Figure tirée de Joseph Williams et Yule (1995).

- 
- **Le modèle de traitement de l'information d'Horowitz (1986)**

Modèle d'Horowitz (1986) – Réactions normales

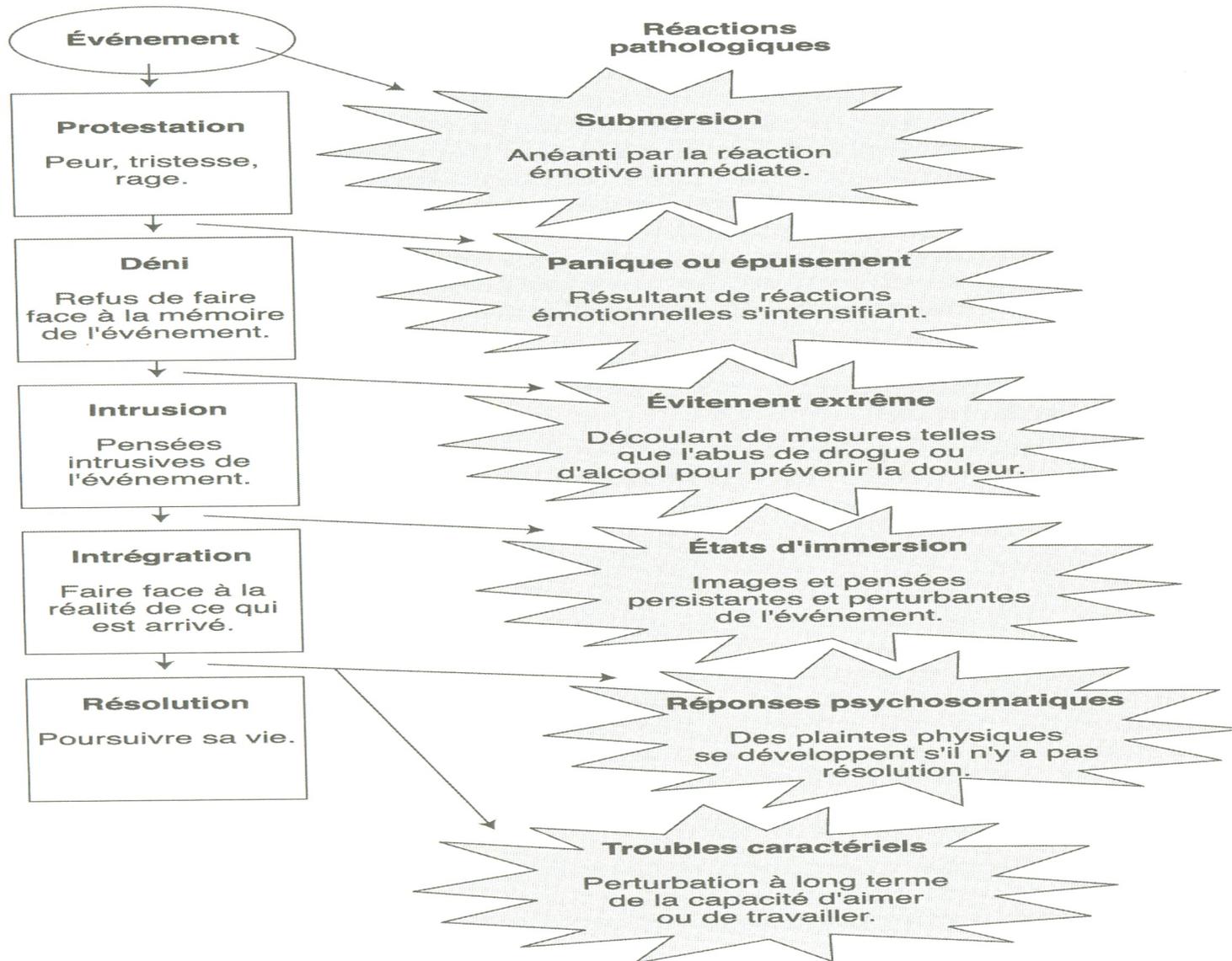


Figure tirée d'Horowitz (1986).



Partie 2

Des modèles plus actuels

1. Introduction

Il existe des psychothérapies particulièrement recommandées pour l'ESPT (Bisson, 2010; Bisson & al., 2007). Si utilisées dans une perspective de «trauma-focused psychological treatments»

TCC d'Exposition

EMDR

Psychothérapies psychodynamiques

...

TCC d'Exposition

- Il s'agit de la thérapie la plus validée empiriquement pour l'ESPT, avec des tailles d'effet (d de Cohen) pré-post traitement de **1.57** (Bisson, et al., 2007; Bradley, et al., 2005; Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).
- Amélioration en moyenne de **52.6%** en posttraitement sur les symptômes d'ESPT (Bradley, et al., 2005).
- Il s'agit d'une thérapie en **10-12 séances de 90 minutes** (Foa et al., 2007).

TCC d'Exposition

Éléments de la prise en charge:

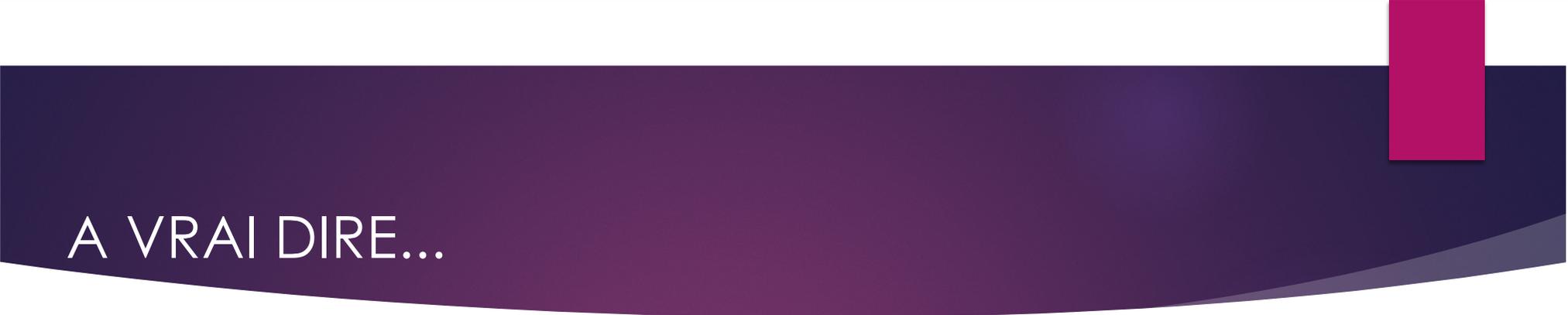
- **Psychoéducation** sur l'ESPT;
- Apprentissage de la **respiration diaphragmatique**;
- **Exposition par imagination** (in vitro): narration détaillée du déroulement de l'événement traumatique, les yeux fermés, à plusieurs reprises pendant 30-60 minutes;
- **Exposition hors du cabinet** (in vivo): liste hiérarchisée de situations évitées, travaillée à chaque séance et pour lesquelles il y aura à effectuer une exposition en devoir à la maison;

EMDR

- La psychothérapie EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) est aussi recommandées pour l'ESPT, avec des tailles d'effet pré-post traitement de **1.43** (Bradley, et al., 2005), bien qu'il y ait eu moins d'études d'efficacité en comparaison avec les thérapies d'exposition (Bisson, et al., 2007).
- Réduction moyenne des symptômes d'ESPT de **60.4%** en post-traitement (Bradley, et al., 2005).
- **3 à 5** séances...dans le cadre de recherches

Psychothérapies psychodynamiques

- Un grand nombre d'études de cas suggère leur efficacité, même si on retrouve très peu d'études d'efficacité contrôlée avec randomisation.
- Il ne manquerait qu'une étude d'efficacité contrôlée avec randomisation pour qu'elle soit aussi recommandée en première ligne pour le TSPT (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008; Wittmann, Lindy, Marmar, Kudler, & Brett, 2009).



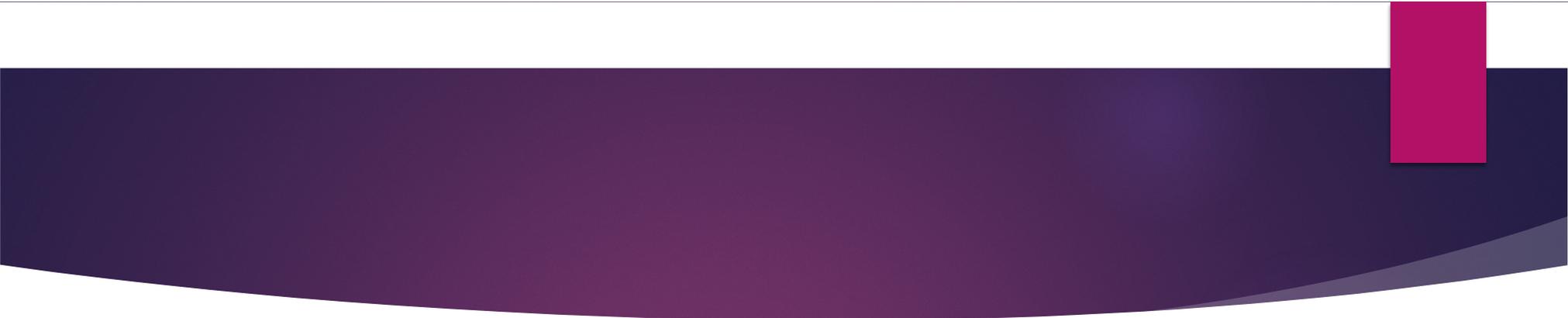
A VRAI DIRE...

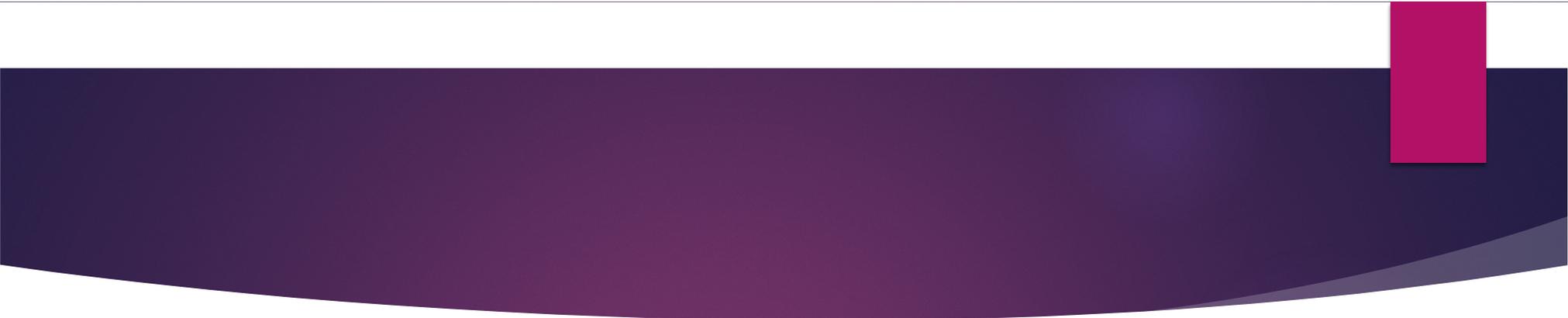
Ces thérapies dont l'objectif est un travail d'exploration des événements traumatiques ([trauma-focused psychological treatments](#)) paraissent plus efficaces que celles davantage concernées par l'élaboration d'aspects présents ou passés, autres que les événements traumatiques, telles que les thérapies de soutien (Bisson, et al., 2007).

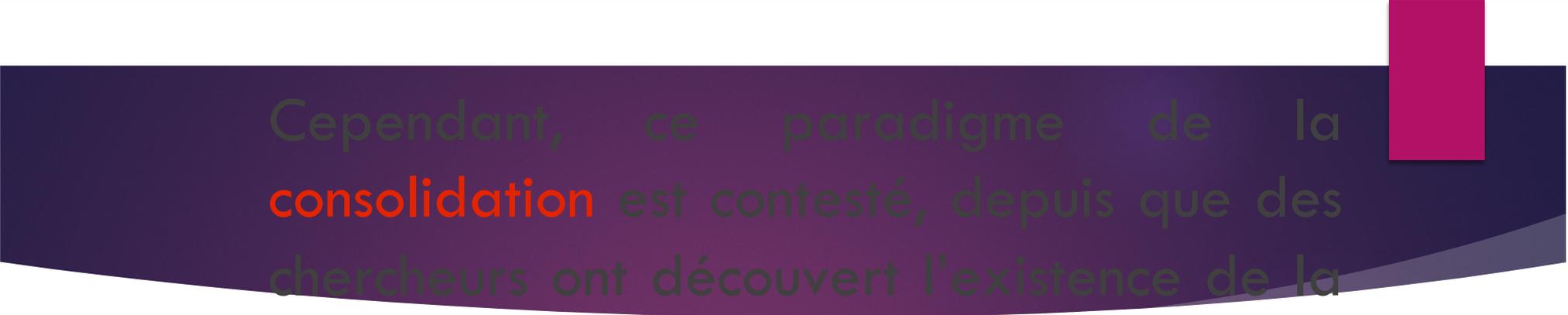
Dans ces thérapies validées empiriquement, **67%** des patients qui complètent le traitement ne souffrent plus d'ESPT (Bradley, et al., 2005).



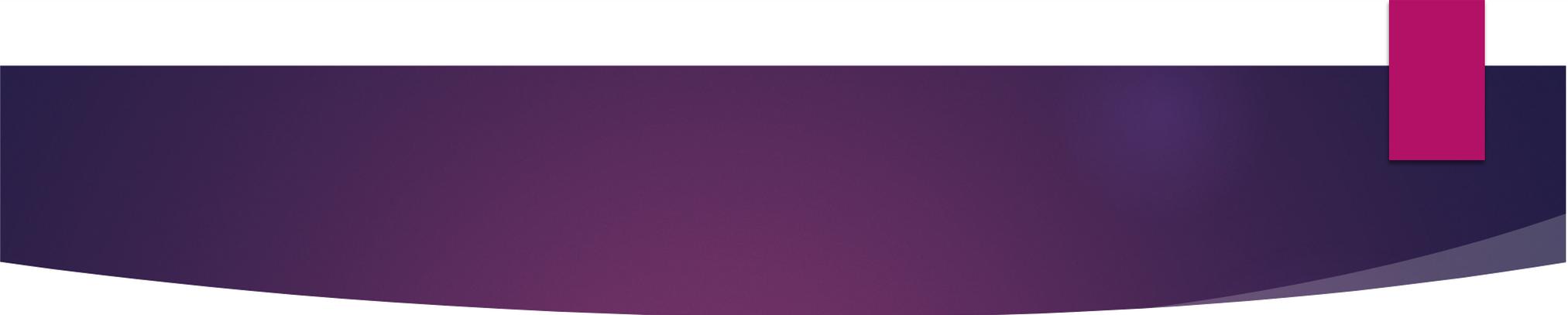
2. La théorie de la consolidation/reconsolidation en mémoire

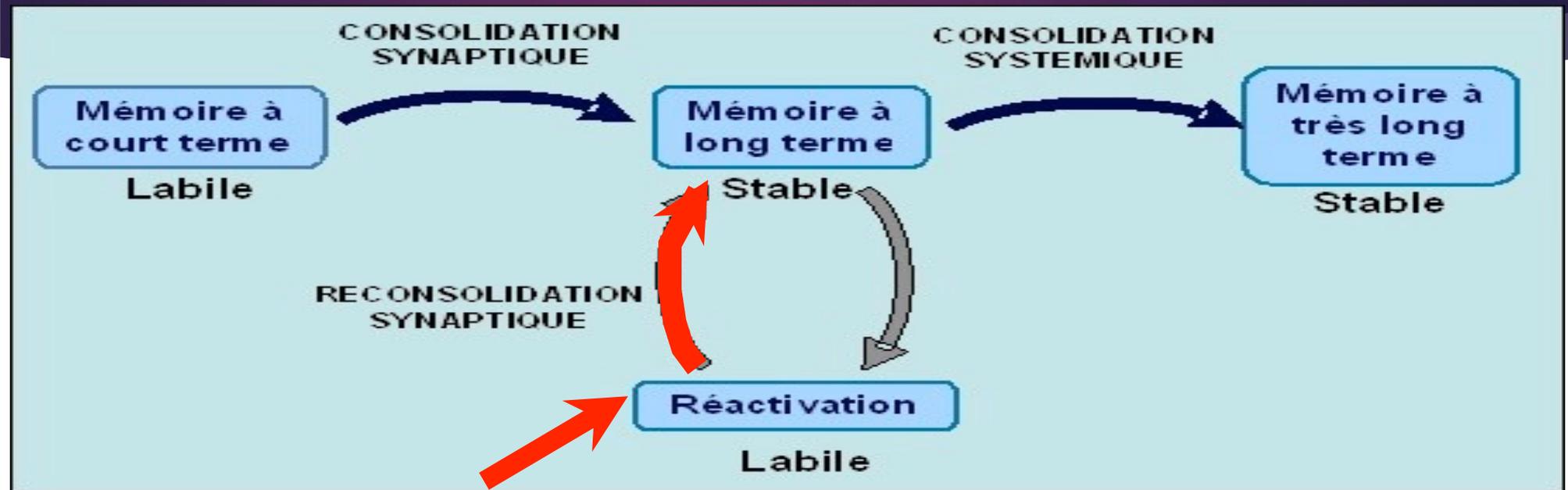
- 
- ▶ Il existe une nouvelle théorie (sur **la reconsolidation des souvenirs**) qui évoque la possibilité d'atténuer l'intensité émotionnelle d'un souvenir de peur de façon permanente.
 - ▶ Selon cette théorie, un souvenir devient **sensible à la dégradation lorsqu'il est remémoré**, et doit être ré-inscrit (reconsolidé) dans la mémoire pour être re-stabilisé.
 - ▶ Il serait possible d'agir à **l'intérieur de cette fenêtre** d'instabilité du souvenir de façon à atténuer son intensité émotionnelle.

- 
- ▶ Depuis plus de 100 ans, nous savons que les nouveaux souvenirs sont initialement fragiles (Muller & Pilzecker, 1900)
 - ▶ Ils peuvent alors être soit encodés dans la mémoire à long terme, modifiés, ou encore oubliés.
 - ▶ Pour s'inscrire dans la mémoire à long terme, ils doivent être encodés, un processus connu sous le nom de consolidation des souvenirs.
 - ▶ Une fois consolidés, les souvenirs étaient jusqu'à tout récemment réputés être permanents.



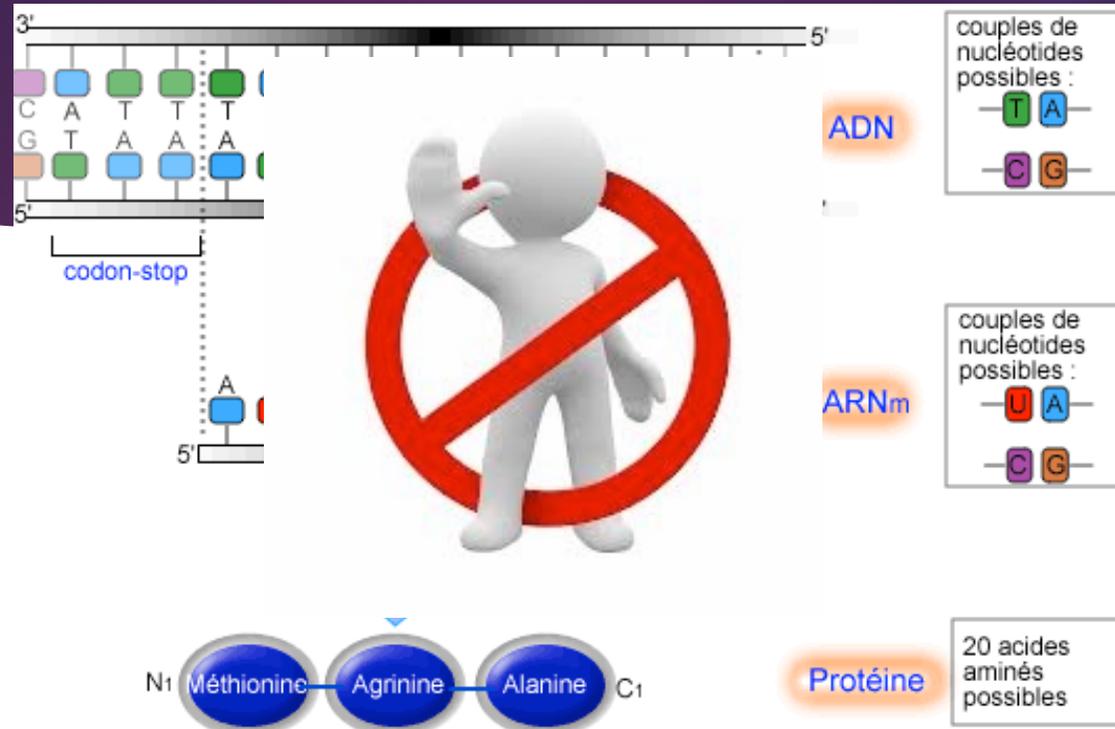
Cependant, ce paradigme de la **consolidation** est contesté, depuis que des chercheurs ont découvert l'existence de la **reconsolidation** des souvenirs, tout d'abord chez les animaux (Nader, Schafe, & Le Doux, 2000; Przybylski & Sara, 1997) et plus récemment chez les humains (Kindt, Soeter, & Vervliet, 2009).

- 
- ▶ Selon cette théorie, un souvenir déjà consolidé qui est remémoré ne demeurera pas figé (comme dans la théorie de la consolidation).
 - ▶ Il pourra être **ré-encodé** dans la mémoire à long terme, **modifié**, ou encore **atténué**. Mais il devra être reconsolidé (vs re-consolidé) afin de persister dans la mémoire à long terme.
 - ▶ Il serait ainsi **possible d'agir sur un ancien souvenir en atténuant son intensité** (théorie de la reconsolidation).
 - ▶ Ainsi, le blocage de la reconsolidation des souvenirs traumatiques pourrait être une voie intéressante dans le **traitement de l'ESPT**, mais pas seulement...



Nouvelle **synthèse protéique**, notamment au niveau hippocampique
(Sara 2000; Nader 2003; Artinian et al, 2007, 2008)

Pour rappel



La stabilité à long terme de la mémorisation dépend de la synthèse de nouvelles protéines pendant ou peu après la période d'apprentissage. **C'est cela qu'il faut bloquer...**

3 études majeurs sur les rats

Conditionnement
classique de peur
Nader & al. (2000)

Tâche appétitive
dans un labyrinthe
Przybylski &
Sara, 1997)

Tâche d'évitement
par inhibition
Przybylski, et al.,
1999)



.....

Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval

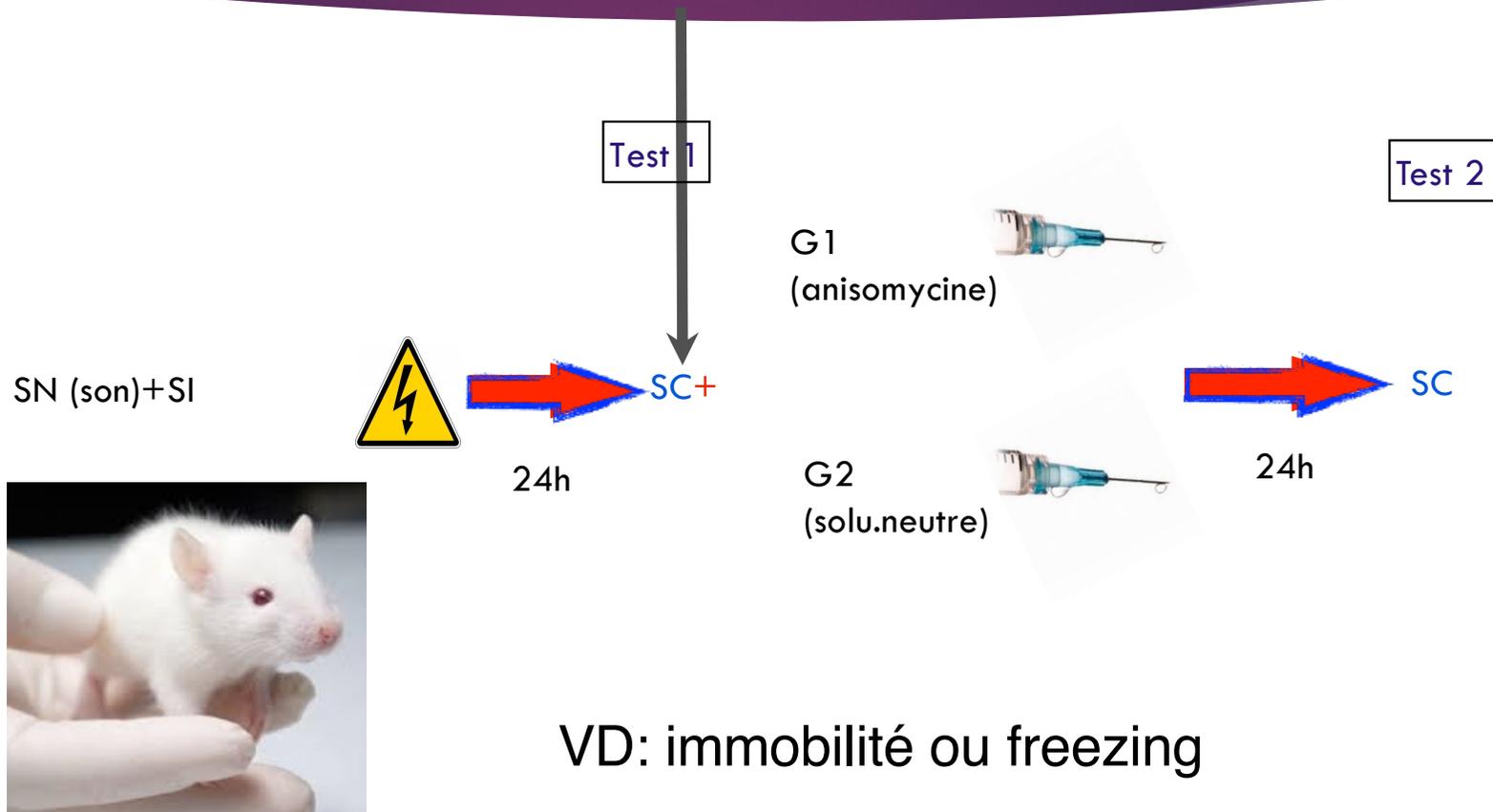
Karim Nader, Glenn E. Schafe & Joseph E. Le Doux

*W. M. Keck Foundation Laboratory of Neurobiology, Center for Neural Science,
New York University, New York, New York 10003, USA*

.....

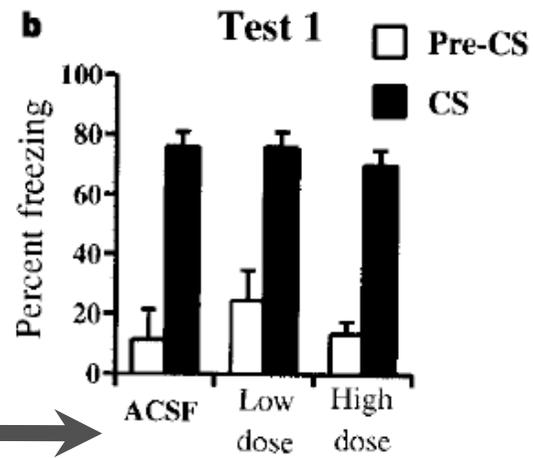
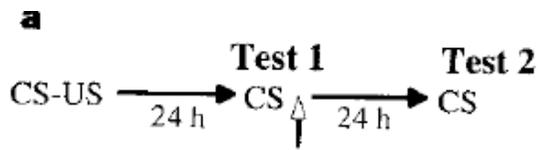
'New' memories are initially labile and sensitive to disruption before being consolidated into stable long-term memories¹⁻⁵. Much evidence indicates that this consolidation involves the synthesis of new proteins in neurons⁶⁻⁹. The lateral and basal nuclei of the amygdala (LBA) are believed to be a site of memory storage in fear learning¹⁰. Infusion of the protein synthesis inhibitor anisomycin into the LBA shortly after training prevents

Après 24h on représente le SC pour réactiver le souvenir de peur

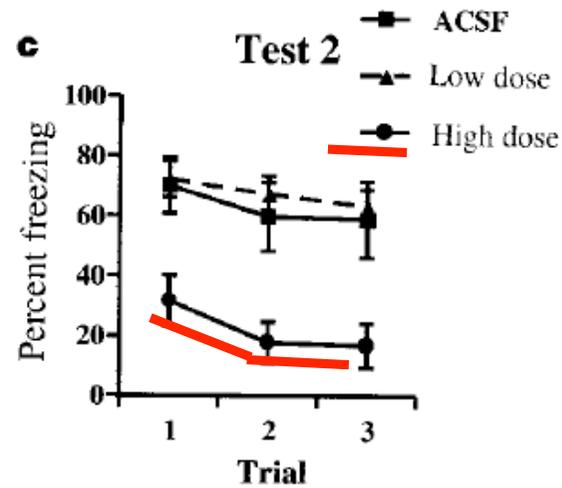




Artificial cerebrospinal fluid (ACSF)



Before



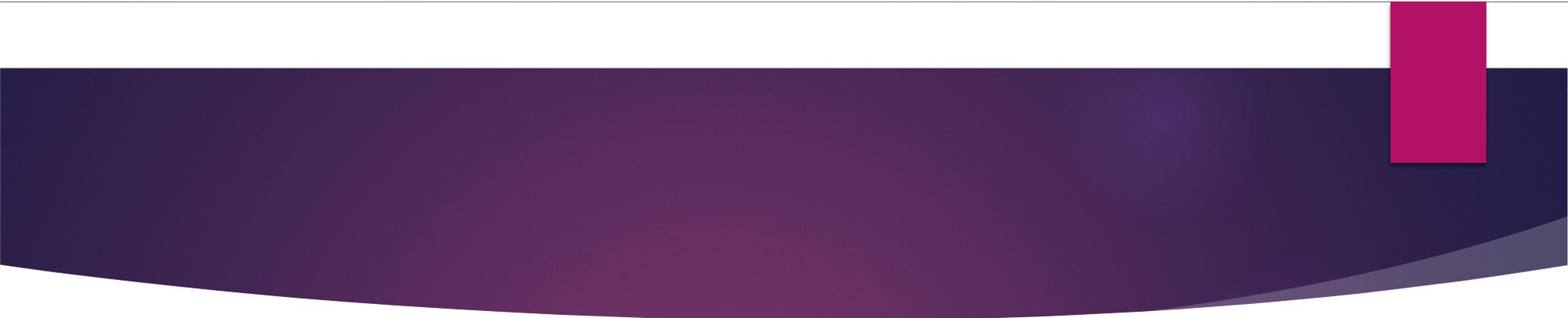
After

Définition de la reconsolidation

- ▶ (1) un souvenir déjà consolidé redevient labile et sensible à la dégradation lorsque réactivé ;
- ▶ (2) pour être conservé, il doit être reconsolidé à l'aide d'une **synthèse de protéines**;
- ▶ (3) le blocage de la reconsolidation par des **agents amnésiques** **ou de l'interférence** bloque la synthèse de protéines;

Définition de la reconsolidation

- ▶ (4) le **blocage de la reconsolidation** empêche les souvenirs de passer de la MCT vers la MLT (i.e., la MCT est intacte, le déficit mnésique ne touche qu'à la MLT) ;
- ▶ (5) il existe une fenêtre temporelle post-réactivation de **quelques heures (6h)** à l'intérieur de laquelle le souvenir réactivé est labile et peut être dégradé (Nader, 2003; Nader, et al., 2000).



Des chercheurs ont noté que la consolidation et la reconsolidation possèdent certaines **différences au niveau des mécanismes moléculaires**, circuits neuronaux et régions du cerveau impliqués (Alberini, 2005; Dudai & Eisenberg, 2004; Hernandez & Kelley, 2004).



Il est même possible de double-dissocier ces deux processus au niveau moléculaire, où on retrouve des facteurs de transcription ou des gènes impliqués uniquement dans la consolidation, et d'autres uniquement dans la reconsolidation (Lee, Everitt, & Thomas, 2004; Tronel, et al., 2005).

Chez les humains

Mémoire émotionnelle
(souvenir de peur)
Soeter & Kindt, 2010)

Patients souffrant d'ESPT
(Brunet, et al., 2008;
Brunet, et al., 2011)

Mémoire
déclarative Coccoz
& al., 2011)

Mémoire
autobiographique
Schwabe & Wolf,
2010)

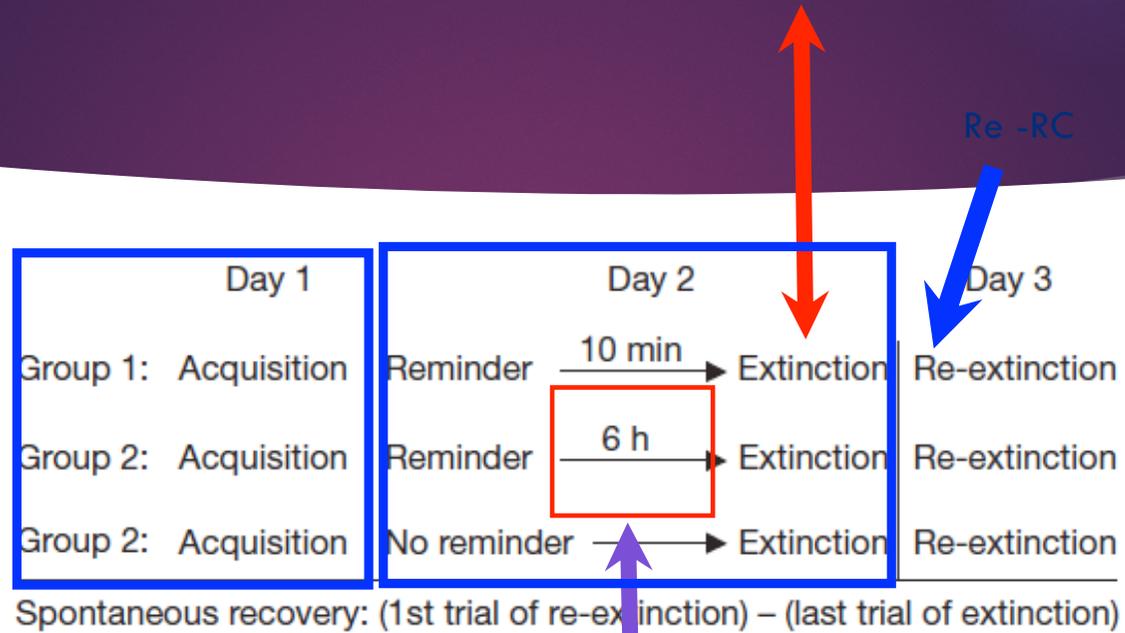
ARTICLES

Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms

Daniela Schiller^{1,2}, Marie-H. Monfils^{1,3}, Candace M. Raio², David C. Johnson², Joseph E. LeDoux¹
& Elizabeth A. Phelps^{1,2}

Recent research on changing fears has examined targeting reconsolidation. During reconsolidation, stored information is rendered labile after being retrieved. Pharmacological manipulations at this stage result in an inability to retrieve the memories at later times, suggesting that they are erased or persistently inhibited. Unfortunately, the use of these pharmacological manipulations in humans can be problematic. Here we introduce a non-invasive technique to target the reconsolidation of fear memories in humans. We provide evidence that old fear memories can be updated with non-fearful information provided during the reconsolidation window. As a consequence, fear responses are no longer expressed, an effect that lasted at least a year and was selective only to reactivated memories without affecting others. These findings demonstrate the adaptive role of reconsolidation as a window of opportunity to rewrite emotional memories, and suggest a non-invasive technique that can be used safely in humans to prevent the return of fear.

Attention, ici l'extinction est l'élément qui va perturber la reconsolidation



En dehors de la fenêtre

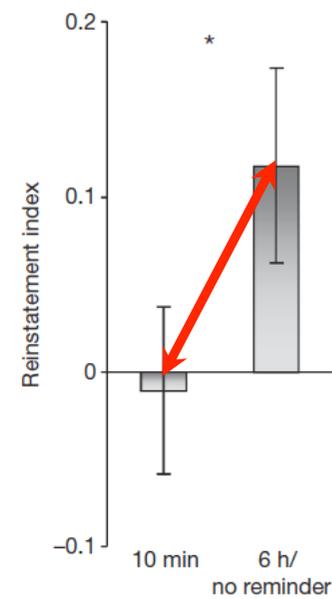
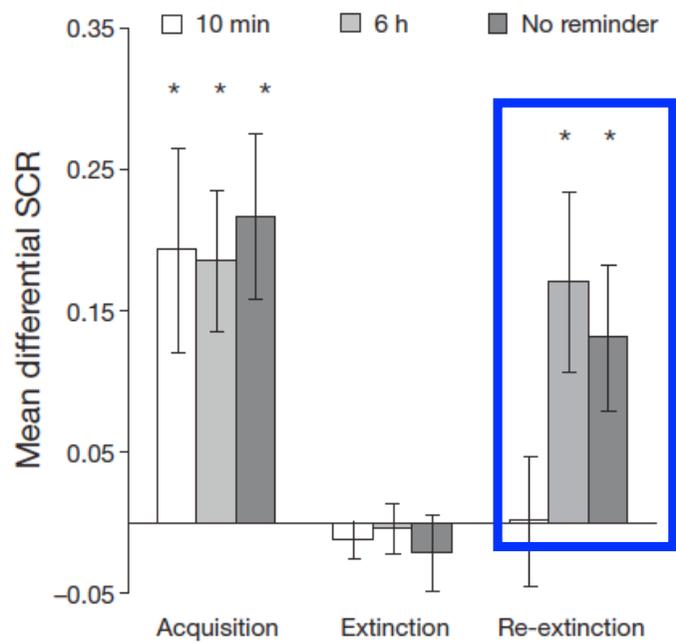


Figure 2 | Blockade of the return of fear persists one year later.

Les auteurs en ont conclu que lorsque l'extinction a lieu dans la fenêtre temporelle de la reconsolidation, **la reconsolidation est bloquée par l'interférence et une nouvelle trace mnésique remplace l'ancienne de façon définitive**, la trace mnésique de peur (SC-RC) est dégradée et est remplacée par la trace mnésique de l'extinction (SC-non RC) (Schiller, et al., 2010).

Ce résultat obtenu avec l'irradiation est typiquement obtenu lorsque le propranolol sont utilisés pour



est semblable à ce qui est obtenu avec des agents amnésiques (tel que le scopolamine) lors de la consolidation.



Available online at www.sciencedirect.com



Journal of Psychiatric Research 42 (2008) 503–506

JOURNAL OF
PSYCHIATRIC
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/jpsychires

Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiologic responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder ☆

Alain Brunet ^a, Scott P. Orr ^{b,c}, Jacques Tremblay ^a, Kate Robertson ^a,
Karim Nader ^d, Roger K. Pitman ^{c,*}

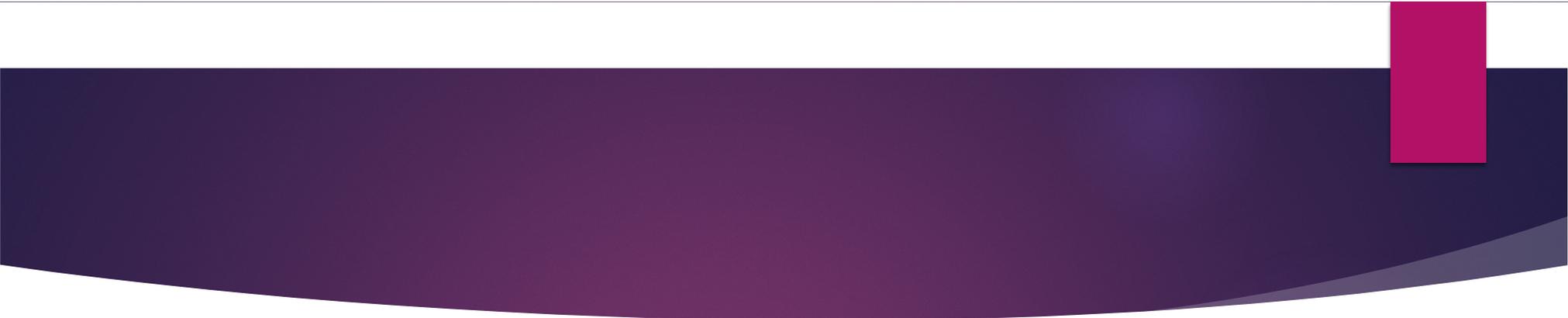
^a Department of Psychiatry, McGill University and Douglas Hospital Research Center, Montreal, QC, Canada

^b VA Medical Center, Manchester, NH, USA

^c Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

^d Department of Psychology, McGill University, Montreal, QC, Canada

Received 28 March 2007; accepted 1 May 2007



Abstract

The β -adrenergic blocker propranolol given within hours of a psychologically traumatic event reduces physiologic responses during subsequent mental imagery of the event. Here we tested the effect of propranolol given after the retrieval of memories of past traumatic events. Subjects with chronic post-traumatic stress disorder described their traumatic event during a script preparation session and then received a one-day dose of propranolol ($n = 9$) or placebo ($n = 10$), randomized and double-blind. A week later, they engaged in script-driven mental imagery of their traumatic event while heart rate, skin conductance, and left corrugator electromyogram were measured. Physiologic responses were significantly smaller in the subjects who had received post-reactivation propranolol a week earlier. Propranolol given after reactivation of the memory of a past traumatic event reduces physiologic responding during subsequent mental imagery of the event in a similar manner to propranolol given shortly after the occurrence of a traumatic event.

© 2007 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Keywords: Stress disorders, post-traumatic; Memory; Conditioning; Propranolol; Imagery; Psychophysiology

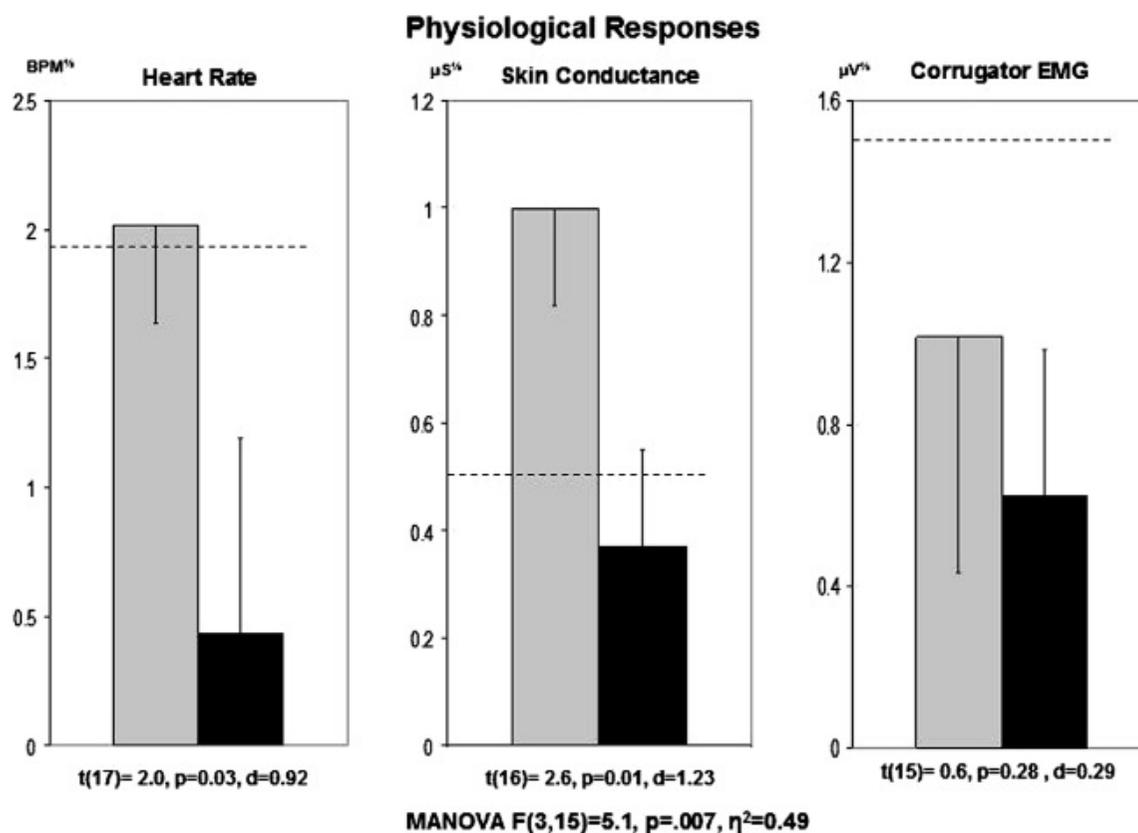
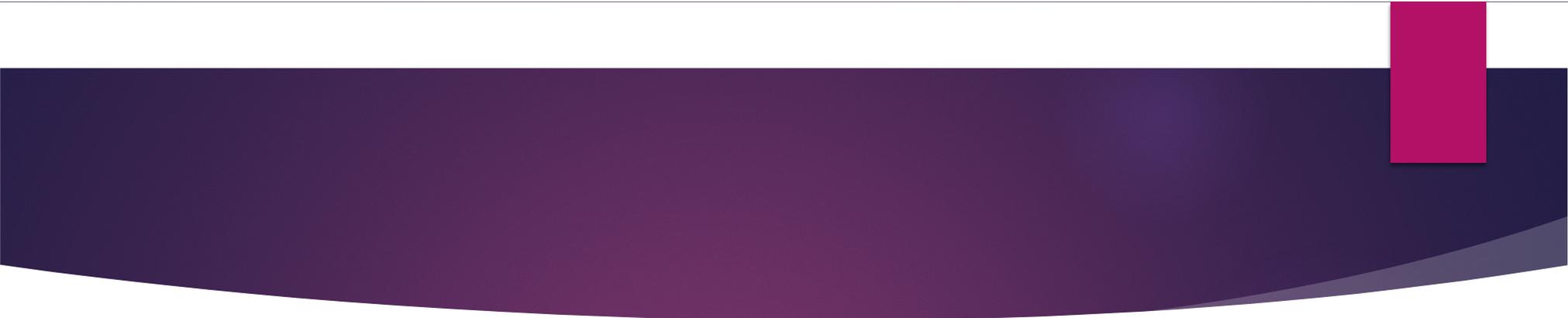


Fig. 1. Physiologic responses of participants with post-traumatic stress disorder (PTSD) during mental imagery of personal traumatic events, measured one week after memory retrieval that was followed by propranolol or placebo. Gray bars (left)-placebo; black bars (right)-propranolol. Error bars represent SEM. Dashed lines represent empirical cut-offs for PTSD based upon prior research. Abbreviations: EMG—electromyogram, BPM—beats per minute, μS — $\mu\text{Siemens}$, μV — μVolts .

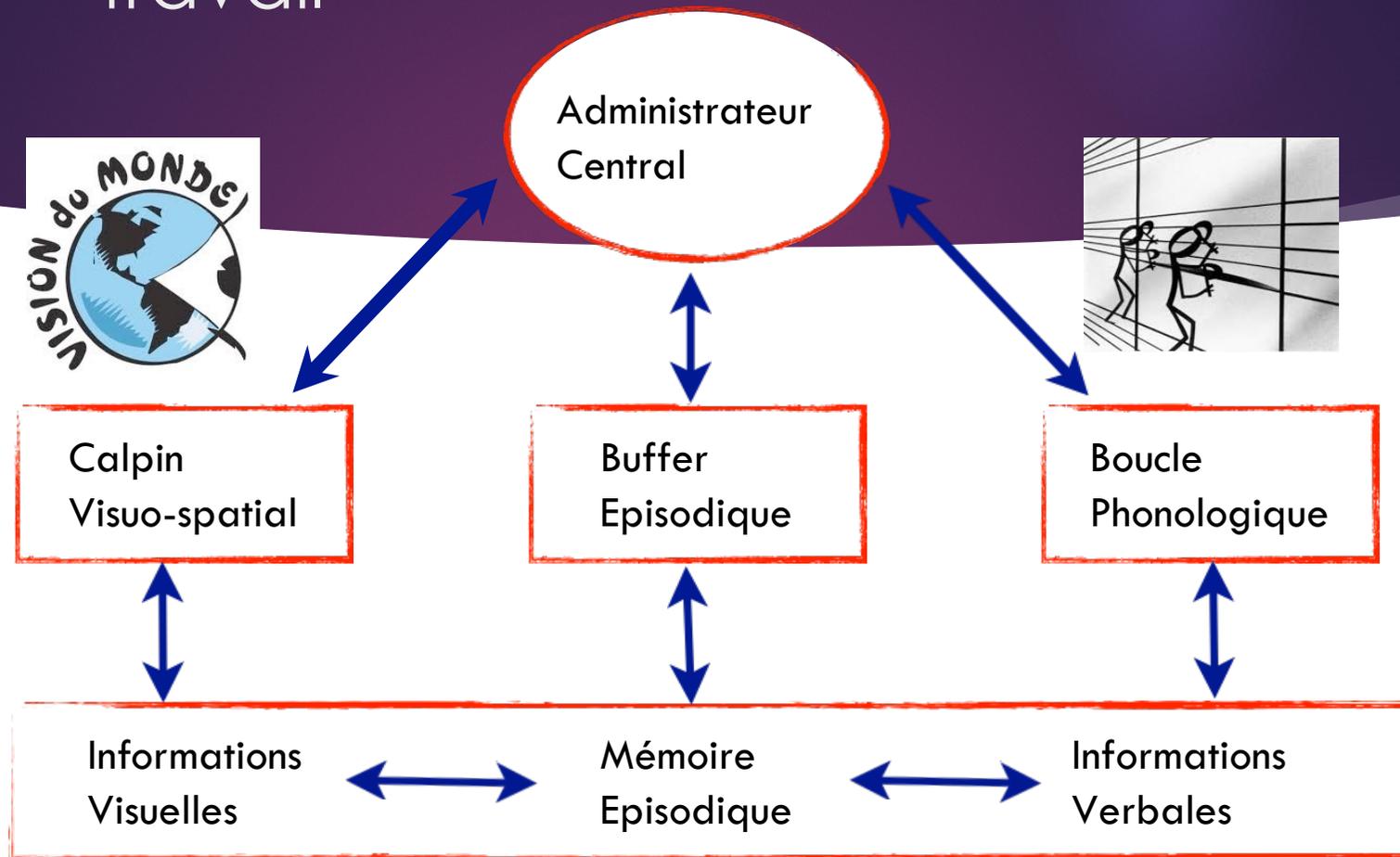
- 
- ▶ Une fenêtre de moins de 6h pour provoquer la reconsolidation (qui n'est pas une re-consolidation).
 - ▶ Les patients doivent s'occuper dans cette fenêtre temporelle...exposition mais pas au SC.
 - ▶ Les SBA jouent dans cette théorie **un rôle d'interférence** permettant à une nouvelle trace mnésique de remplacer l'ancienne et ce de façon définitive
 - ▶ **Toutes les interférences fonctionnent...**

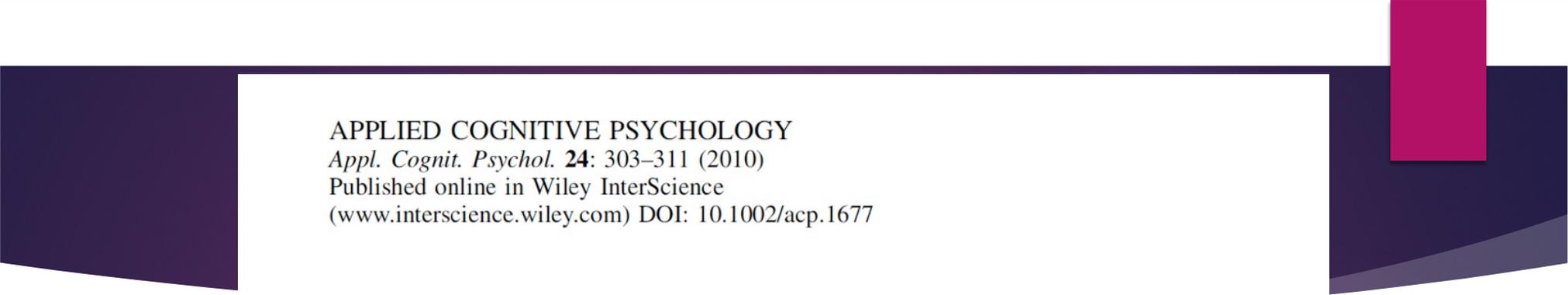


2. La théorie de la mémoire de travail

Le modèle de la mémoire de travail

travail





APPLIED COGNITIVE PSYCHOLOGY

Appl. Cognit. Psychol. **24**: 303–311 (2010)

Published online in Wiley InterScience

(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/acp.1677

Counting During Recall: Taxing of Working Memory and Reduced Vividness and Emotionality of Negative Memories

MARCEL A. VAN DEN HOUT*, IRIS M. ENGELHARD,
MONIQUE A. M. SMEETS, HELLEN HORNSVELD,
ELSBETH HOOGEVEEN, ERIC de HEER,
MARIEKE B. J. TOFFOLO and MARLEEN RIJKEBOER

Clinical and Health Psychology, Utrecht University, The Netherlands

41 étudiants

Se rappeler 3 événements où les sujets ont eu très peur ou été perturbés et qui ont eu des impacts émotionnels

Comptage simple (-2)

Comptage complexe (-7)

Rappel sans comptage

VDs: - Niveau de clarté (vivacité) du souvenir de 0 à 100

- Charge émotionnelle du souvenir de 0 à 100

Table 1. Scores on vividness and emotionality before and after retrieval only, simple counting and complex counting

	Retrieval only		Simple counting		Complex counting	
	Emotionality	Vividness	Emotionality	Vividness	Emotionality	Vividness
Pre-retrieval	7.8 (1.1)	7.7 (1.7)	8.2 (1.5)	7.9 (2.0)	8.2 (1.3)	7.9 (2.0)
Post-retrieval	8.0 (1.3)	8.2 (1.5)	7.7 (1.4)	7.6 (2.1)	7.8 (1.5)	7.4 (2.3)

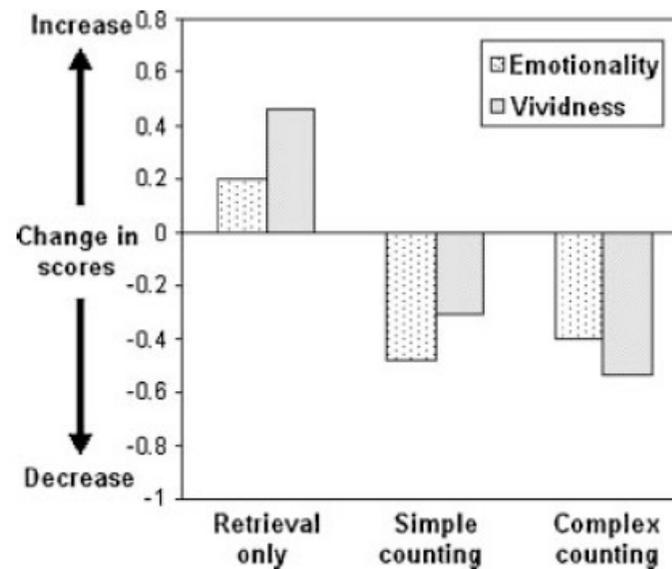


Figure 2. Changes in vividness and emotionality of aversive memories after retrieval only, simple counting and complex counting



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry

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

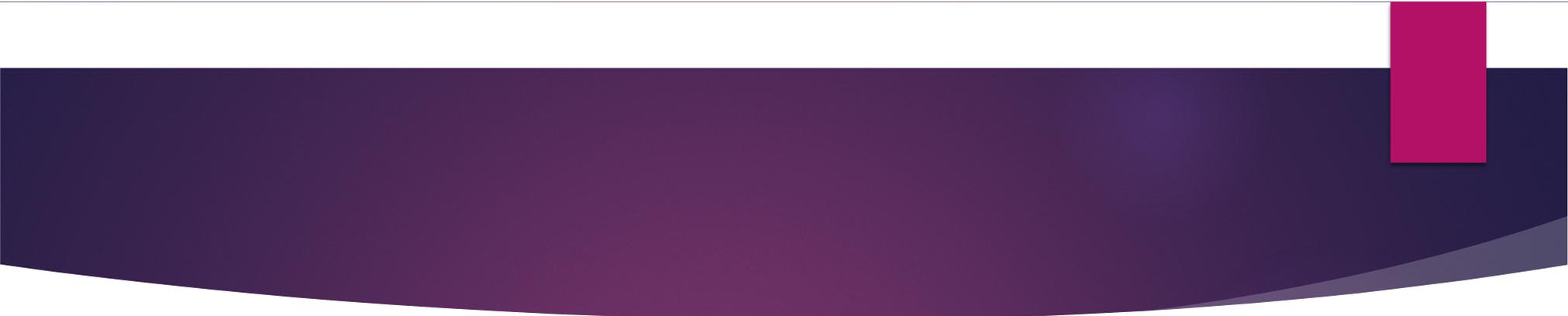


EMDR and mindfulness. Eye movements and attentional breathing tax working memory and reduce vividness and emotionality of aversive ideation

Marcel A. van den Hout*, Iris M. Engelhard, Daniel Beetsma, Christien Slofstra,
Hellen Hornsveld, Jan Houtveen, Arne Leer

Clinical and Health Psychology, Utrecht University, PO Box 80140, 3508 TC Utrecht, The Netherlands

- EMDR et MBCT ont montré leur **efficacité** pour réduire et limiter les idéations négatives;
 - Dans ces traitements on confronte en fait les sujets à une double tâche. Avec l'EMDR, se sont les **MO**, avec MBCT c'est l'**attention portée à la respiration** -AR-
 - Peut-on convoquer dans les deux cas l'hypothèse de la **mémoire de travail** (MT).
- En quels termes ces deux approches saturent les ressources de la MT?



Méthode

Phase 1: Production d'un souvenir négatif et Evaluation de 0 à 100 clarté et charge émotionnelle de du souvenir

Phase 2: Rappel (durant 24s) du même souvenir selon 3 condition

- G1: RTT seulement - qui est une tâche de temps de réaction à des sons
- G2: RTT + MO
- G3: RTT + AR

Break de 10s - pensez à autre chose

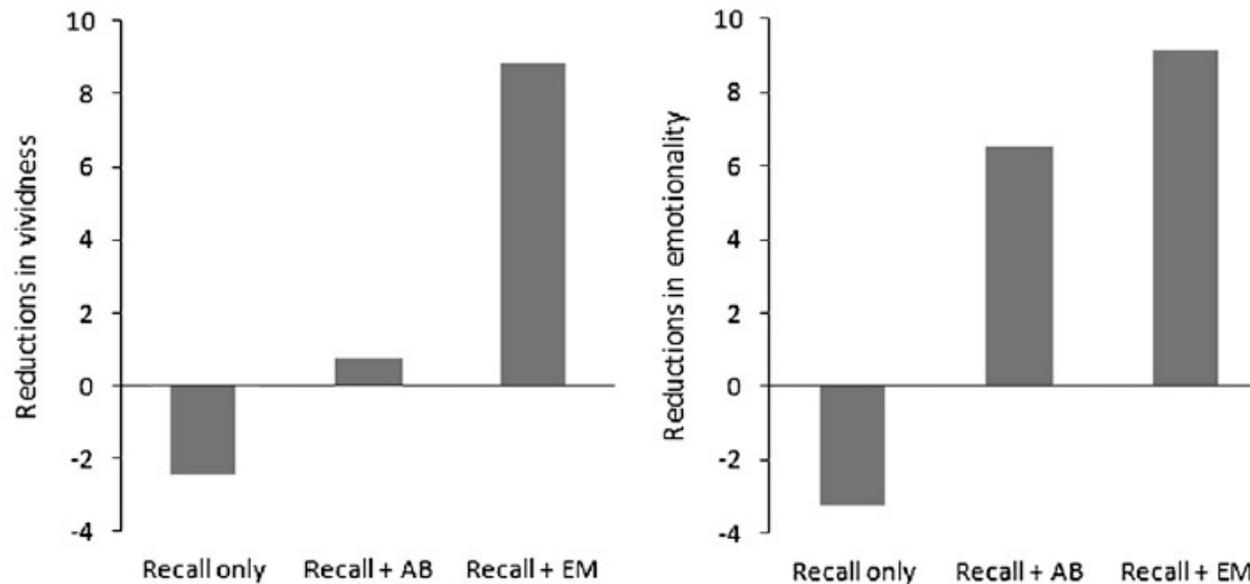
Procédure répétées 5 fois

Phase 3: Identique à la phase 1

Table 1

Average reaction times in the conditions RTT only, RTT + AB, and RTT + EM.

Condition	Average reaction time (SD)
RTT only	535.6 (128.8) ¹
RTT + AB	579.7 (138.0) ²
RTT + EM	578.7 (115.8) ²



Attention l'EMDR c'est un plus que des MO et MBCT un peu plus qu'une attention portée à la respiration. Dans les deux la mémoire de travail semble saturée.



The impact of eye movements and tones on disturbing memories involving PTSD and other mental disorders

Ad de Jongh^{a,b,*}, Robert Ernst^{c,d}, Lisa Marques^{c,e}, Hellen Hornsveld^{c,f}

^aDepartment of Behavioural Sciences, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), University of Amsterdam and VU University Amsterdam, The Netherlands

^bSchool of Health Sciences, Salford University, Manchester, United Kingdom

^cDepartment of Clinical Psychology and Health Psychology, Utrecht University, The Netherlands

^dPsyQ Almere, The Netherlands

^eMilitary Mental Health, Regiocentrum Zuid, 't Hartogenbosch, The Netherlands

^fHornsveld Psychologen Praktijk, Utrecht, The Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:
Received 3 October 2012
Received in revised form
23 June 2013
Accepted 5 July 2013

Keywords:
EMDR
PTSD
Eye movements
Working memory
Traumatic memories

ABSTRACT

Background: A wide array of experimental studies are supportive of a working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR therapy. The working memory account predicts that, as a consequence of competition in working memory, traumatic memories lose their emotional charge.

Method: This study was aimed at investigating (1) the effects of taxing the working memory, as applied in EMDR, during recall of negative memories in 32 patients with posttraumatic stress disorder (PTSD), and 32 patients with other mental disorders, and (2) whether the results would differ between both groups. In a therapeutic session patients were asked to recollect a crucial upsetting memory while, in counterbalanced order (a) performing eye movements, (b) listening to tones and (c) watching a blank wall ('recall only'), each episode lasting 6 min.

Results: Eye movements were found to be more effective in diminishing the emotionality of the memory than 'recall only'. There was a trend showing that tones were less effective than eye movements, but more effective than 'recall only'. The majority of patients (64%) preferred tones to continue with. The effects of taxing working memory on disturbing memories did not differ between PTSD patients and those diagnosed with other conditions.

Conclusions: The findings provide further evidence for the value of employing eye movements in EMDR treatments. The results also support the notion that EMDR is a suitable option for resolving disturbing memories underlying a broader range of mental health problems than PTSD alone.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

- ▶ 46 thérapeutes avec une formation avancée en EMDR
- ▶ 32 patients avec ESPT et 32 avec d'autres diagnostics : n=64
- Différents SBA: MO, Sons, Contrôle, dans un ordre aléatoire (contrebalancés)
- Série de 6 minutes
- Retour à la cible

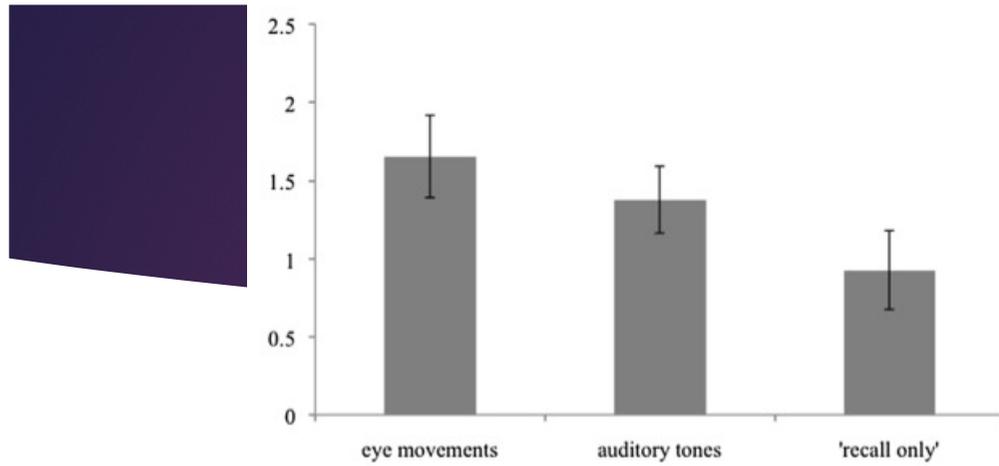


Fig. 2. Reduction of vividness per working memory task. Bars indicate one standard error of the mean.

← Clarté des souvenirs

Charge émotionnelle

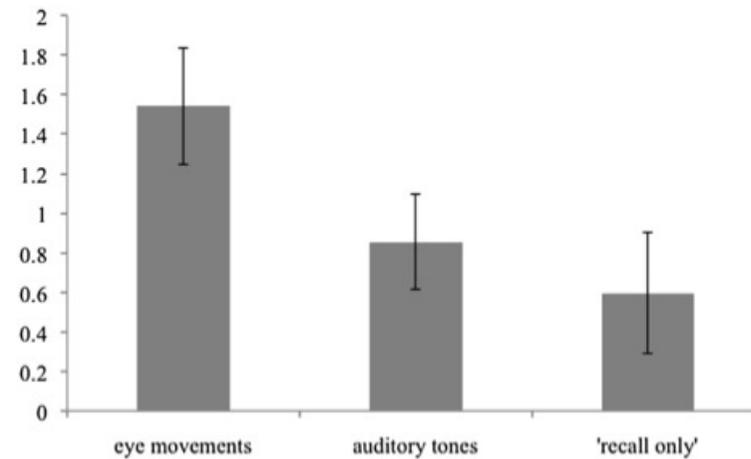


Fig. 1. Reduction of emotionality per working memory task. Bars indicate one standard error of the mean.

Table 3

Scores on emotionality and vividness (scale 0–10) of the target memories for eye movements, auditory tones, and 'recall only'.

		Time	M	SD	df	t	Effect size ^a
Eye movements	Emotionality	Pre task	7.24	2.35	61	6.27*	0.63
		Post task	5.52	3.06			
	Vividness	Pre task	7.08	2.40	62	5.22*	0.55
		Post task	5.54	2.80			
Auditory tones	Emotionality	Pre task	6.56	2.85	60	6.44*	0.64
		Post task	5.47	3.07			
	Vividness	Pre task	6.14	2.94	61	3.55*	0.41
		Post task	5.49	2.88			
Recall only	Emotionality	Pre task	6.84	2.83	60	3.67*	0.43
		Post task	6.09	2.71			
	Vividness	Pre task	6.47	2.69	61	1.95	0.24
		Post task	6.03	2.83			

* $p < 0.001$.

^a Cohen's *d*.



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry

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



How eye movements in EMDR work: Changes in memory vividness and emotionality

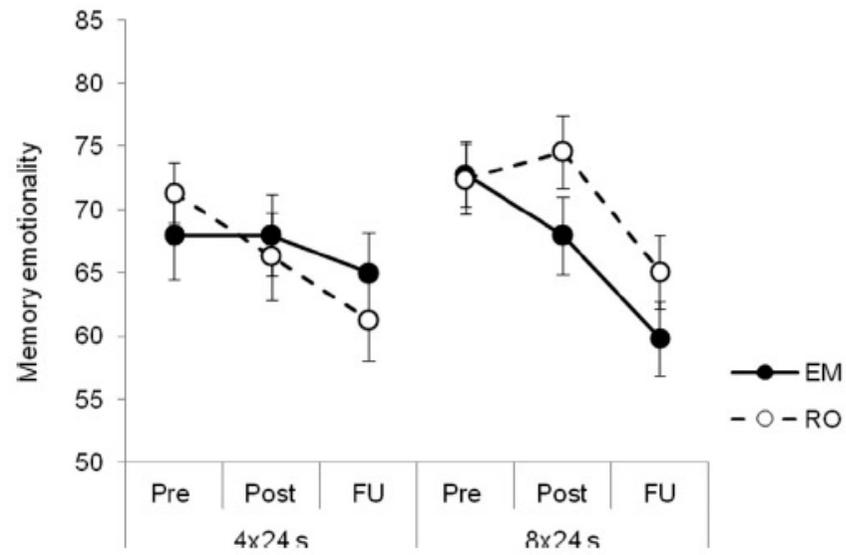
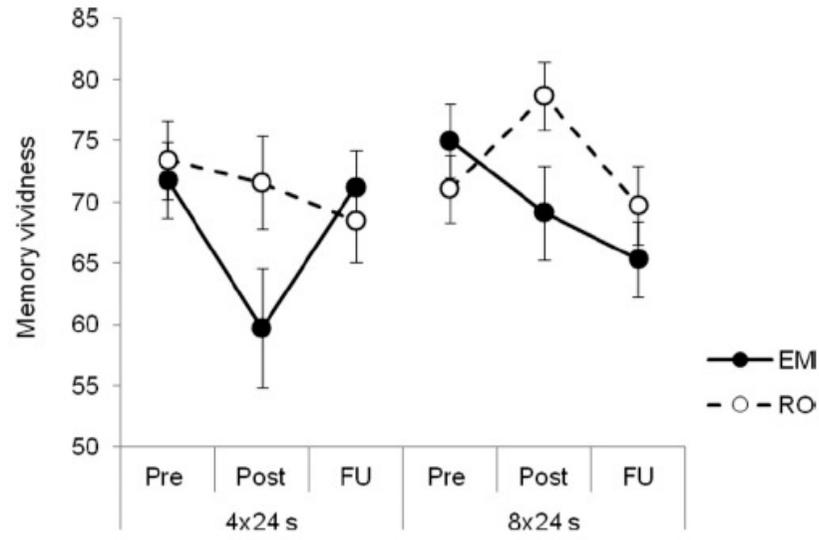


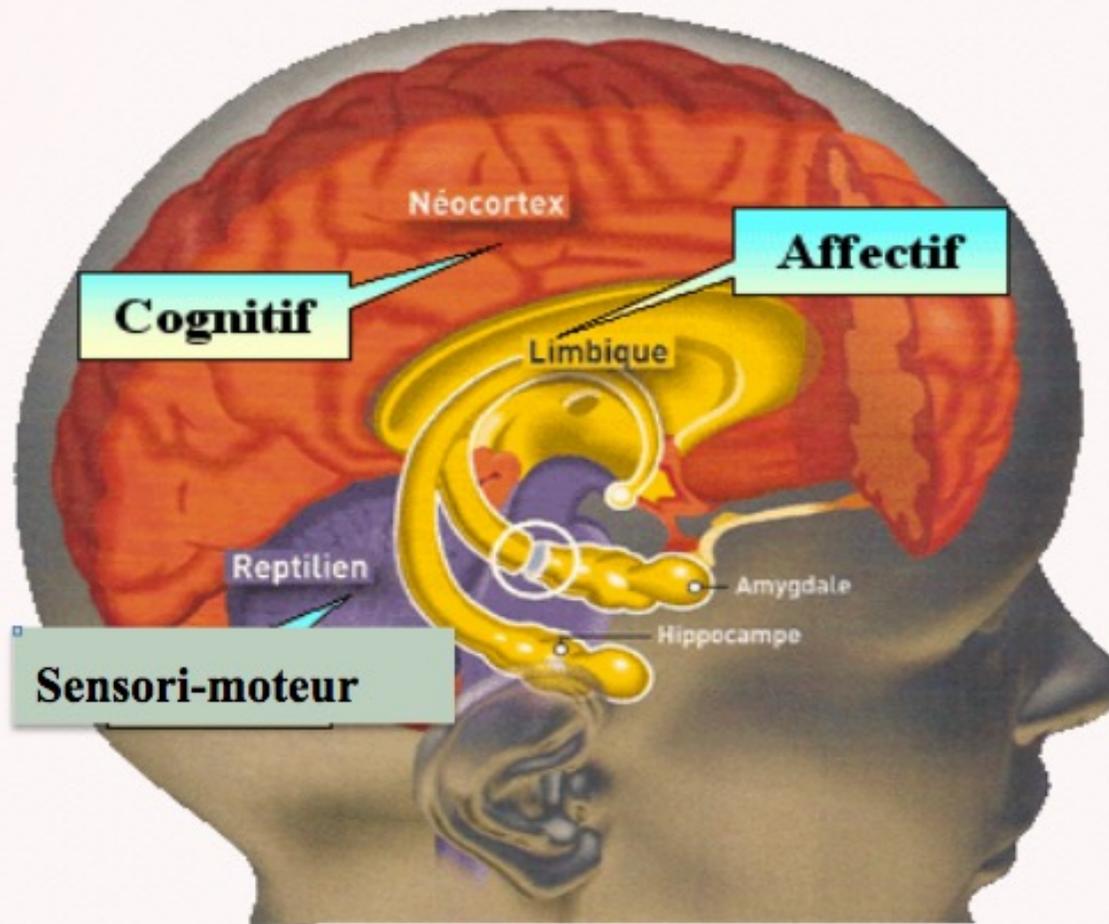
Arne Leer*, Iris M. Engelhard, Marcel A. van den Hout

Department of Clinical & Health Psychology, Utrecht University, P.O. Box 80140, 3508 TC Utrecht, The Netherlands

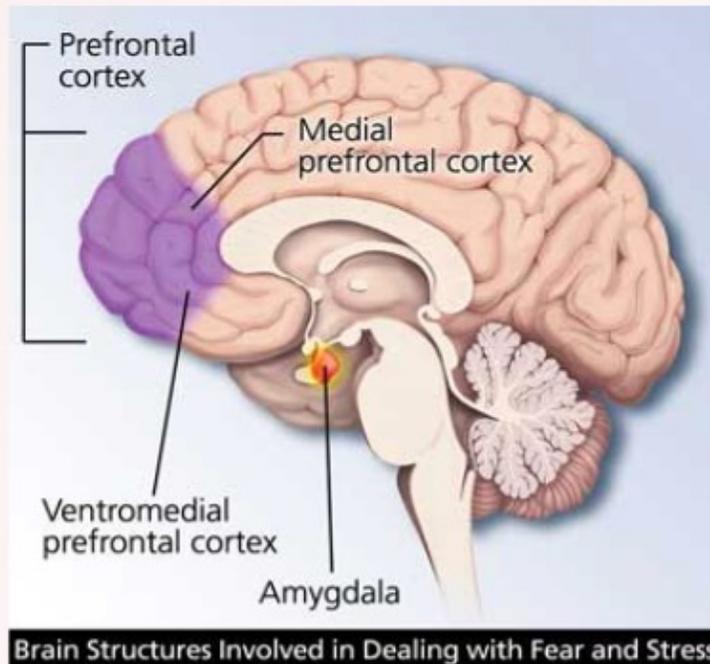
Est-ce que les effets mesurés dans les études précédentes durent
dans le temps (24h FU)?

La durée de l'intervention joue-t-elle un rôle?





Le cortex préfrontal



Pleine Conscience

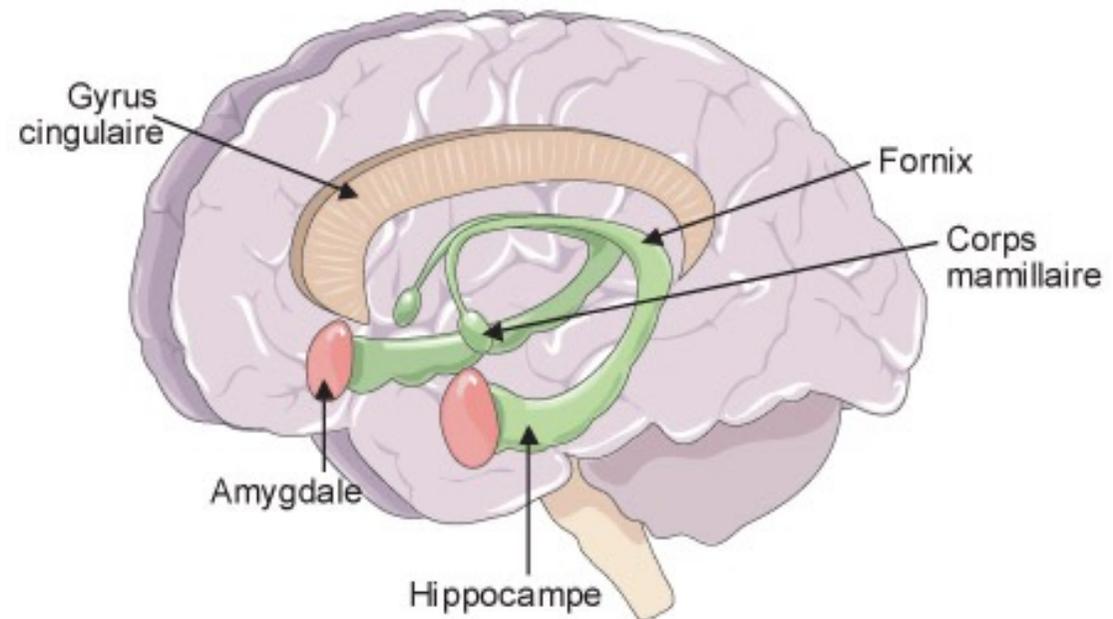
Sentiment de soi/
Représentation de soi

Relation à l'autre

Cerveau limbique

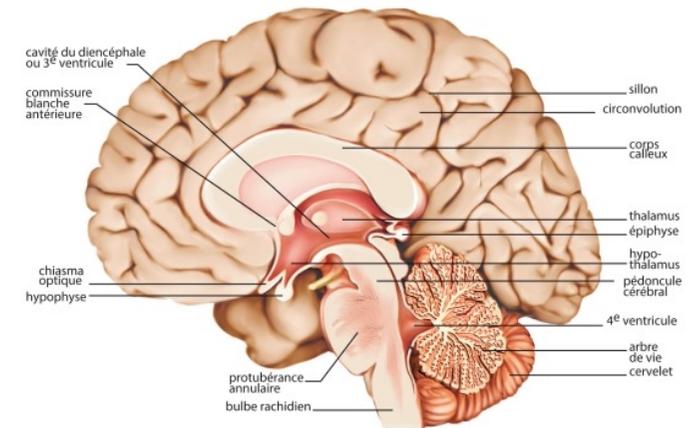
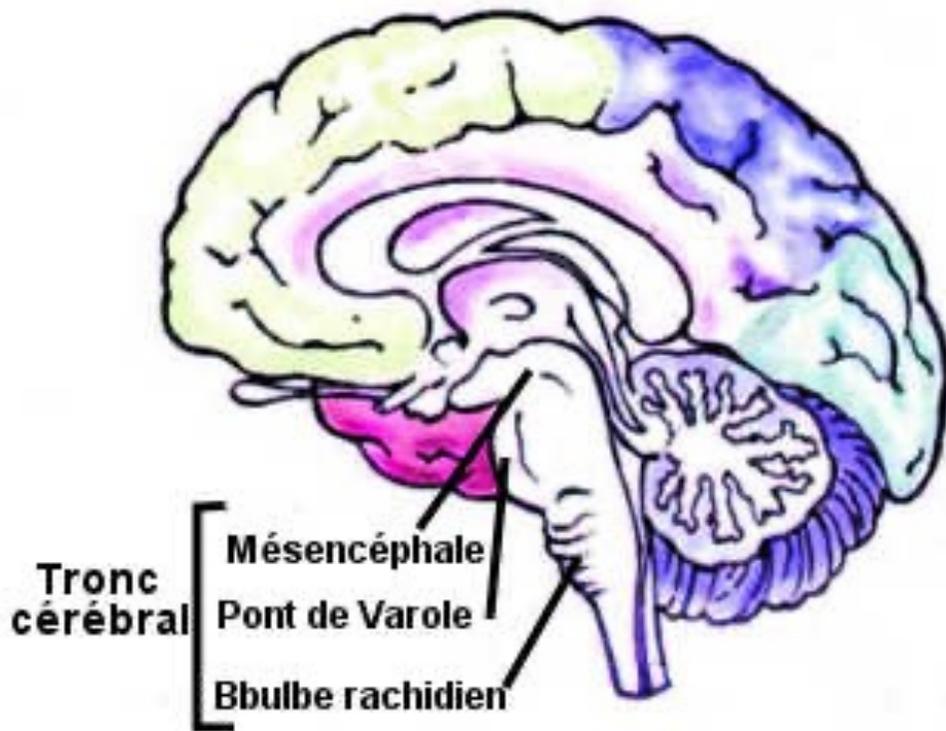
Amygdale = peur

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



- Fonctions vitales
- Comportements instinctuels nécessaire à la survie
- Système FUIITE/LUTTE/ FIGEMENT

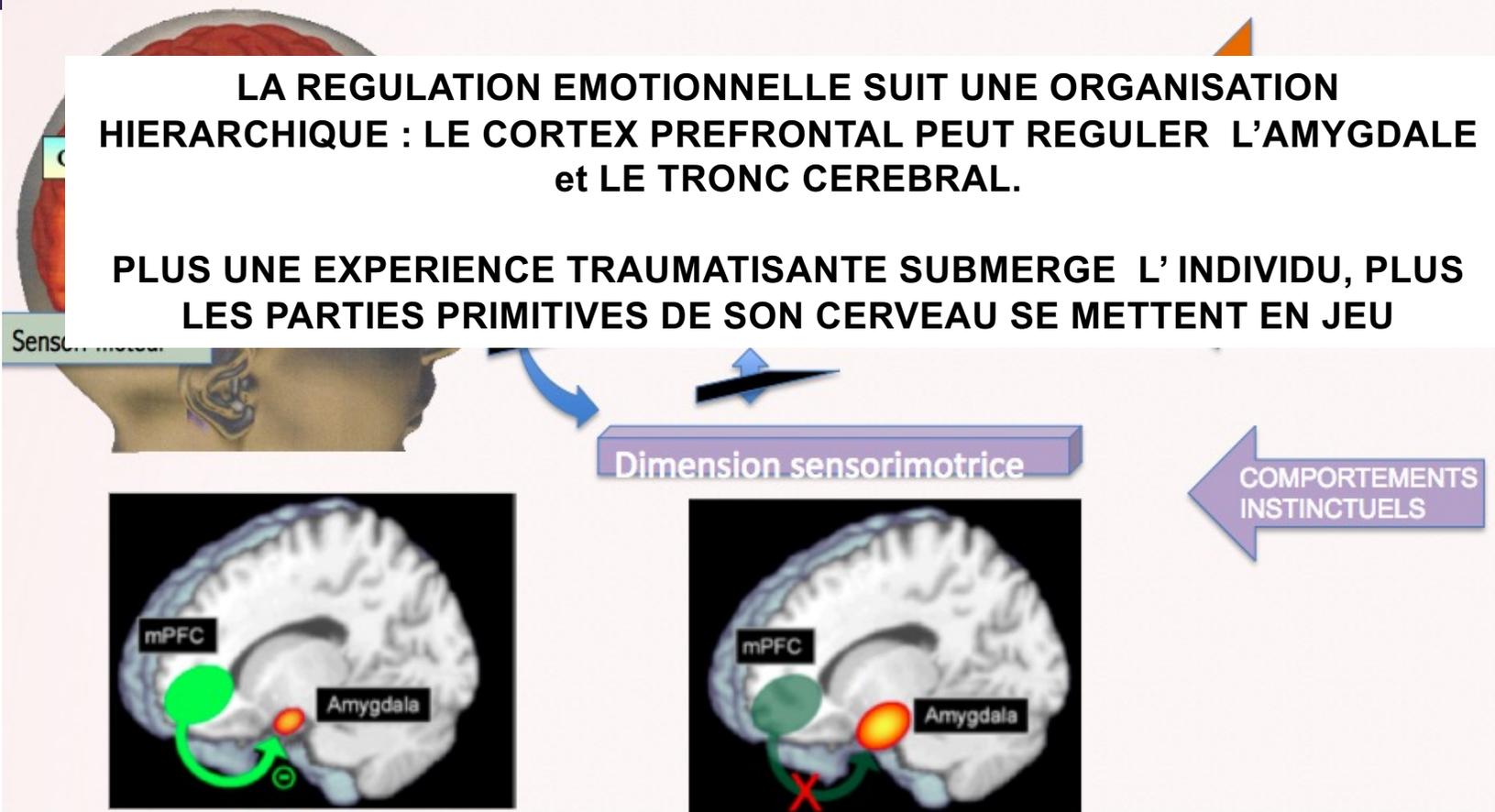
Tronc cérébrale



Régulation émotionnelle en temps normal/traumatique

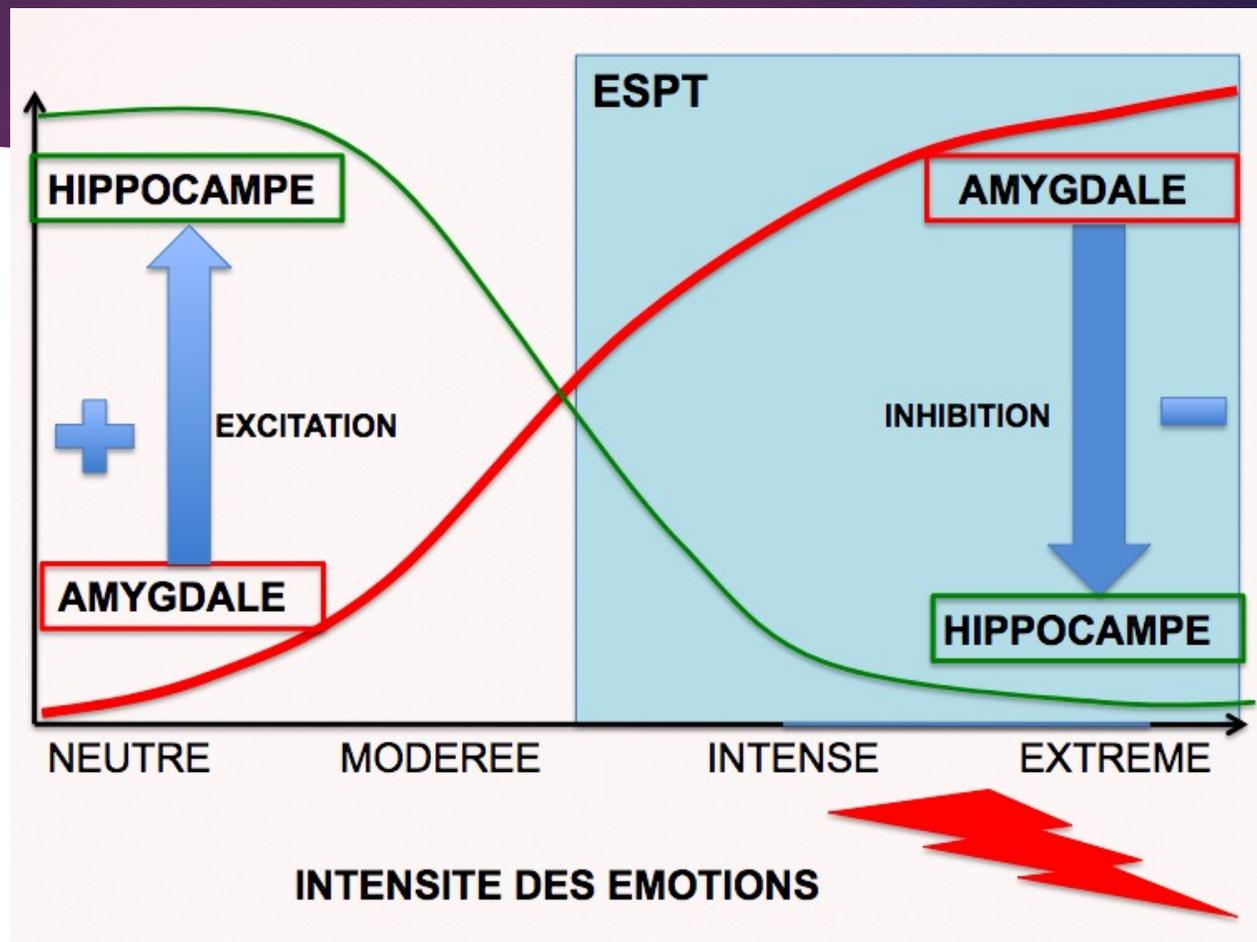
LA REGULATION EMOTIONNELLE SUIT UNE ORGANISATION HIERARCHIQUE : LE CORTEX PREFRONTAL PEUT REGULER L'AMYGDALA et LE TRONC CEREBRAL.

PLUS UNE EXPERIENCE TRAUMATISANTE SUBMERGE L'INDIVIDU, PLUS LES PARTIES PRIMITIVES DE SON CERVEAU SE METTENT EN JEU

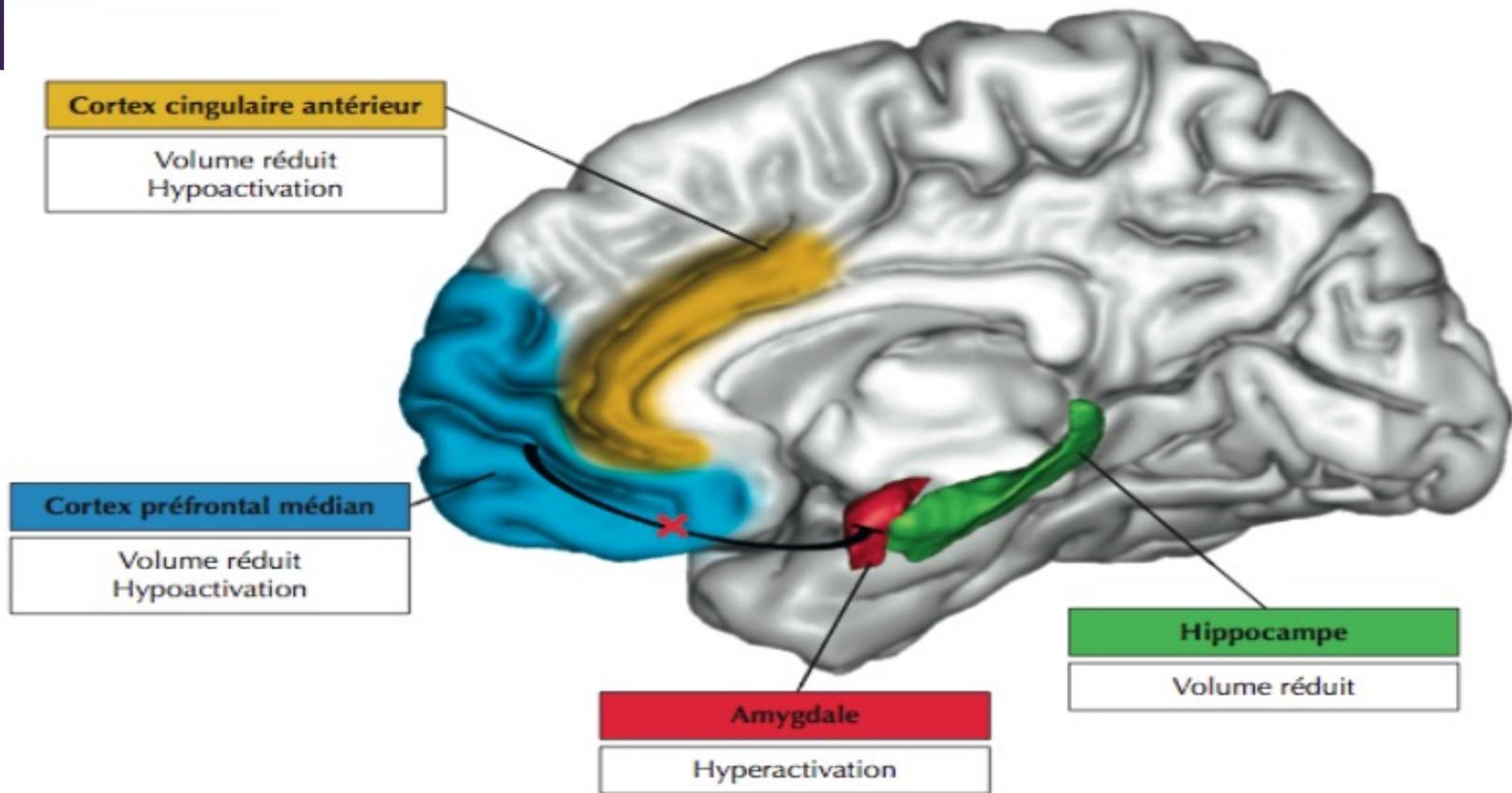


Mémoire traumatique dans le TSPT

Niveau
d'activation de
l'amygdale et
de
l'hippocampe



Mémoire traumatique dans le TSPT

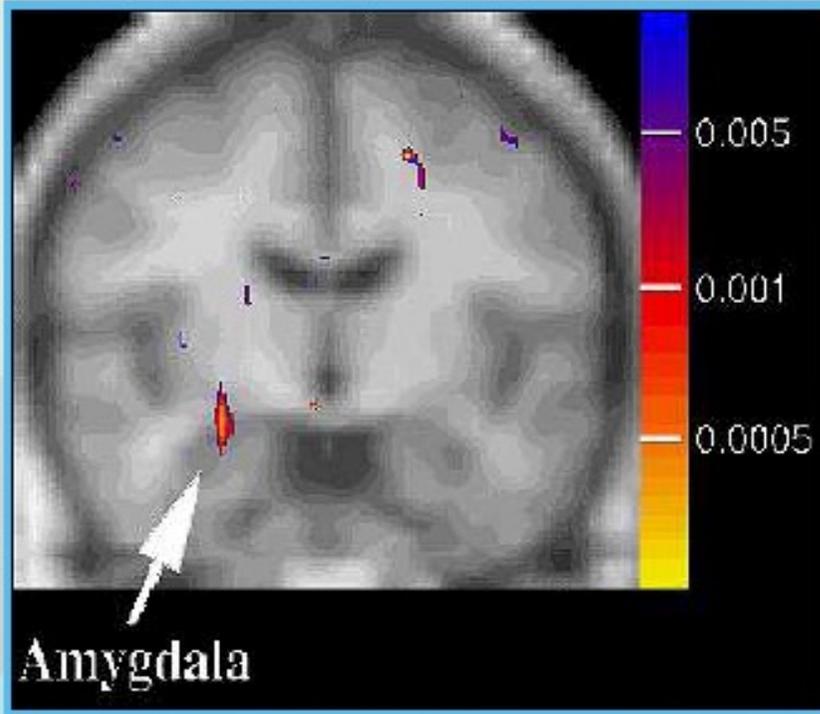


L'Amygdale

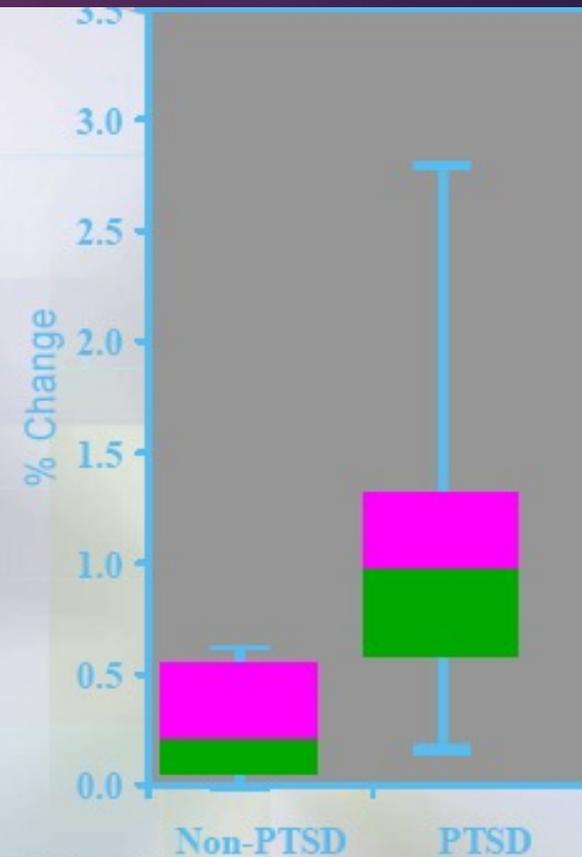
Il nous semble intéressant de noter que l'excès d'activation amygdalienne était corrélé avec la sévérité de l'ESPT (Rauch & al. 1989, 2000)

PTSD et réactivité de l'Amygdale

R

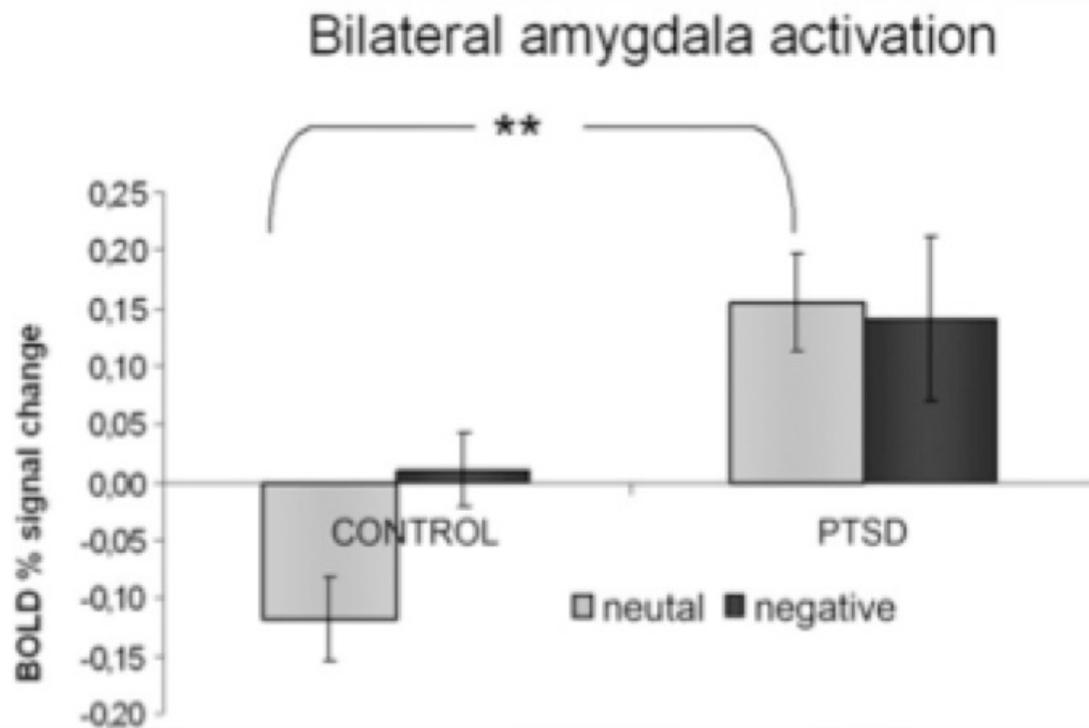


L

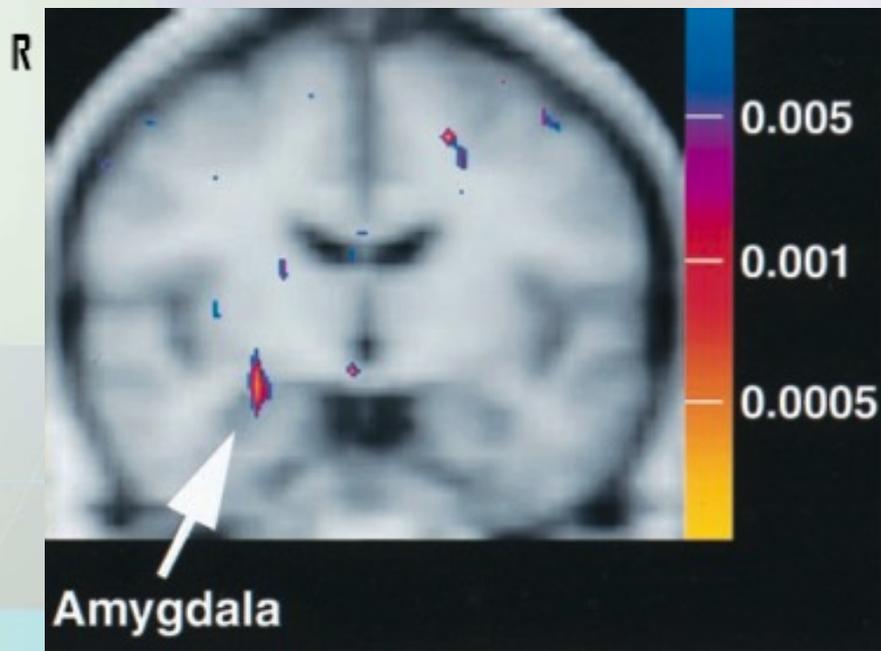


Rauch S.L. et al. (1989). *Arch Gen Psychiatry*, 46: 481-482.

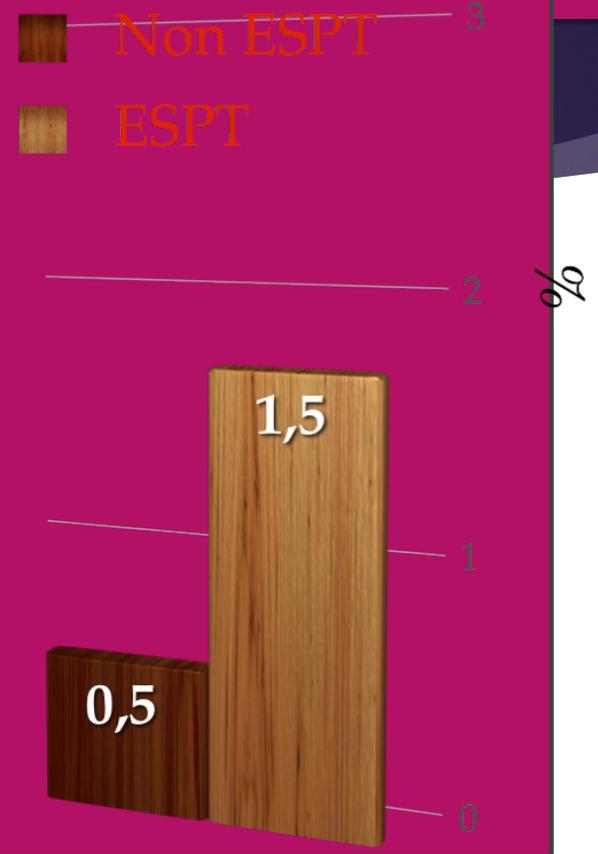
ELEVATED RESPONSE OF HUMAN AMYGDALA TO NEUTRAL STIMULI IN MILD POST TRAUMATIC STRESS DISORDER: NEURAL CORRELATES OF GENERALIZED EMOTIONAL RESPONSE



M. BRUNETTI,^{a,b,*} G. SEPEDE,^{a,b} G. MINGOIA,^{a,b}
C. CATANI,^c A. FERRETTI,^{a,b} A. MERLA,^{a,b}
C. DEL GRATTA,^{a,b} G. L. ROMANI^{a,b} AND
C. BABILONI^{d,e}



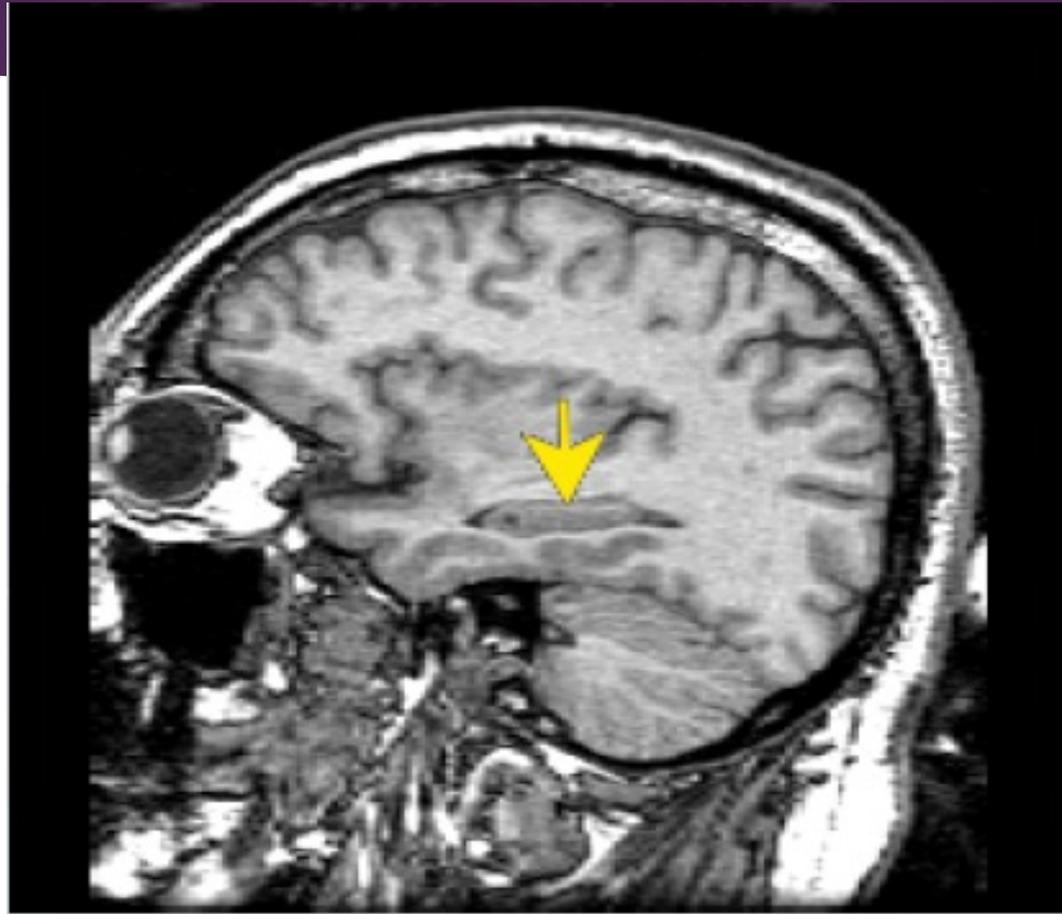
Rauch S.L. et al. (1989). *Arch Gen Psychiatry*, 46:

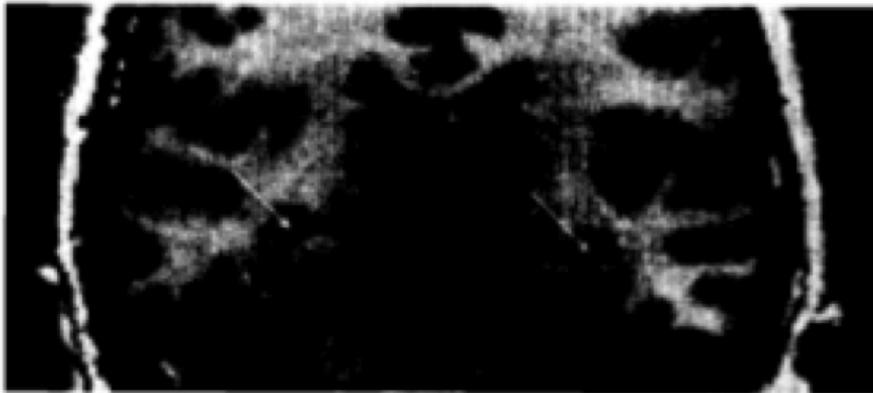


L'hippocampe

- ▶ Joue un rôle médiateur dans :
- ▶ La récupération en mémoire épisodique
- ▶ La prise en compte du contexte et de la signification
- ▶ L'inscription temporelle des événements
- ▶ L'inscription spatiale des événements.

L'hippocampe gauche





MR Image From Non-PTSD Veteran



MR Image From PTSD Veteran

Figure 1. MR images illustrating smaller left and right hippocampi in a Non-PTSD Veteran (Combat Control, top) and PTSD Veteran (bottom right).

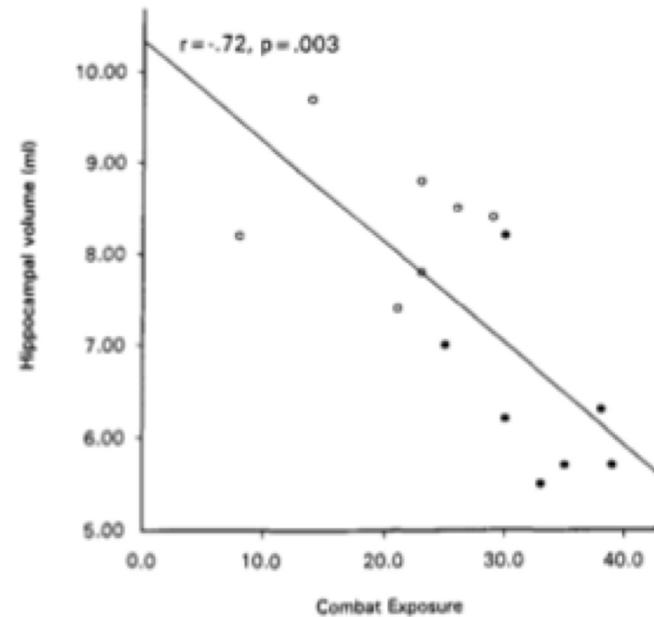
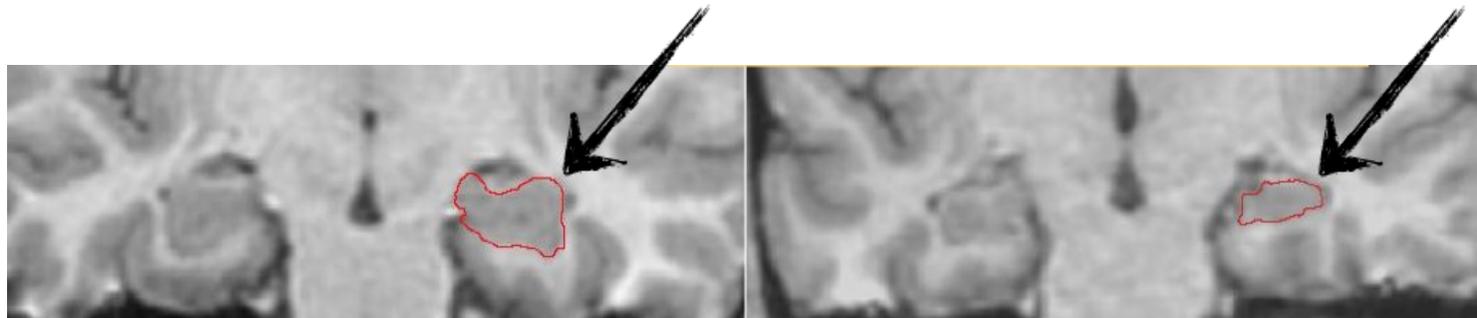


Figure 2. Total hippocampal volume as a function of combat exposure scale score. Closed circles: PTSD subjects; open circles: non-PTSD subjects.

Sujet contrôle

Sujet ESPT



Yehuda & al, 1995; Bremner & al., 1997; Vermetten & al., 2006

Réduction du gyrus cingulaire antérieur et ESPT

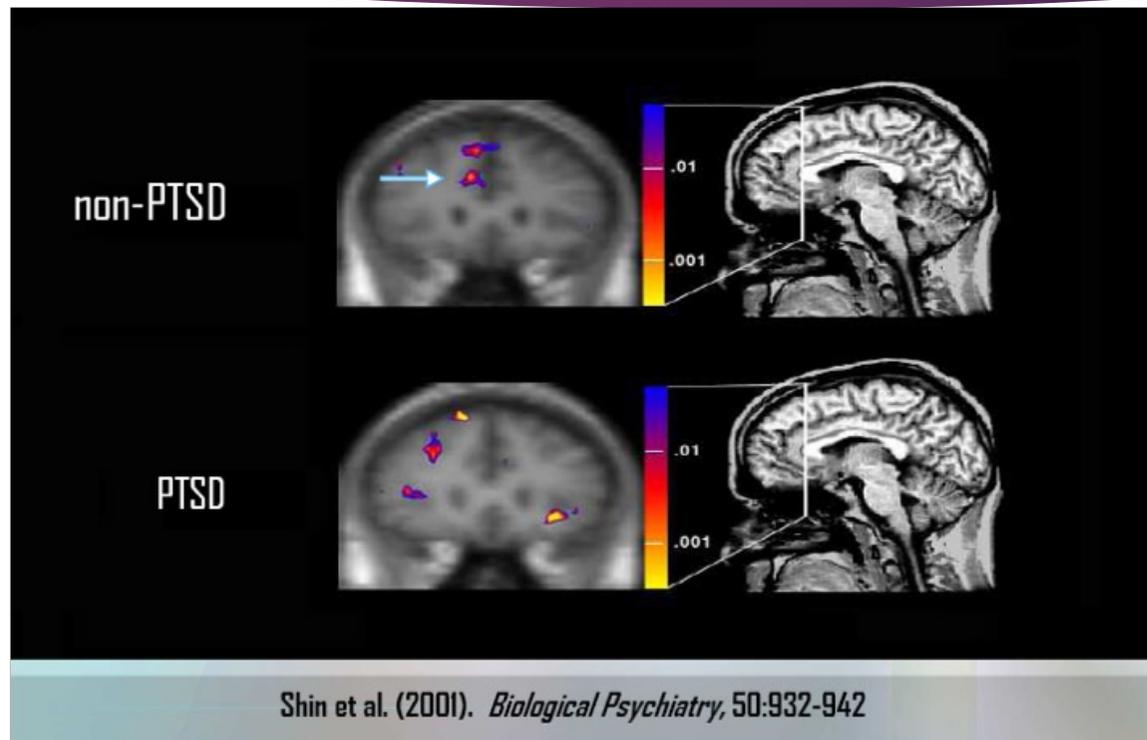
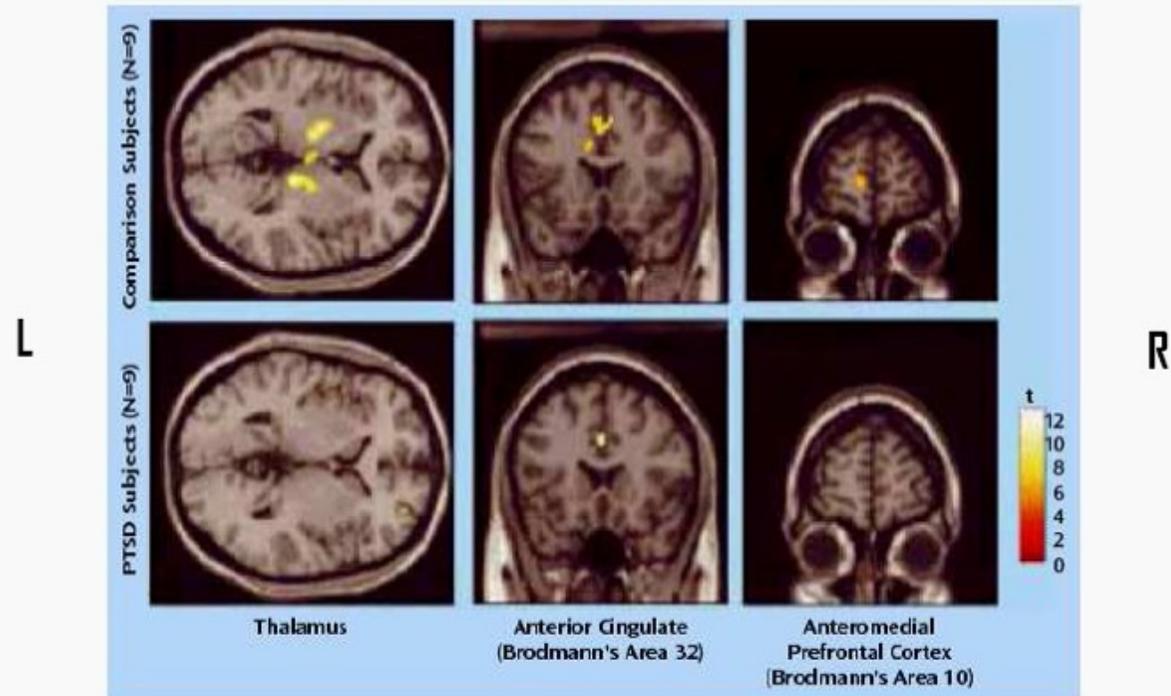


FIGURE 1. Brain Activation Sites^a in Traumatized Subjects With and Without PTSD



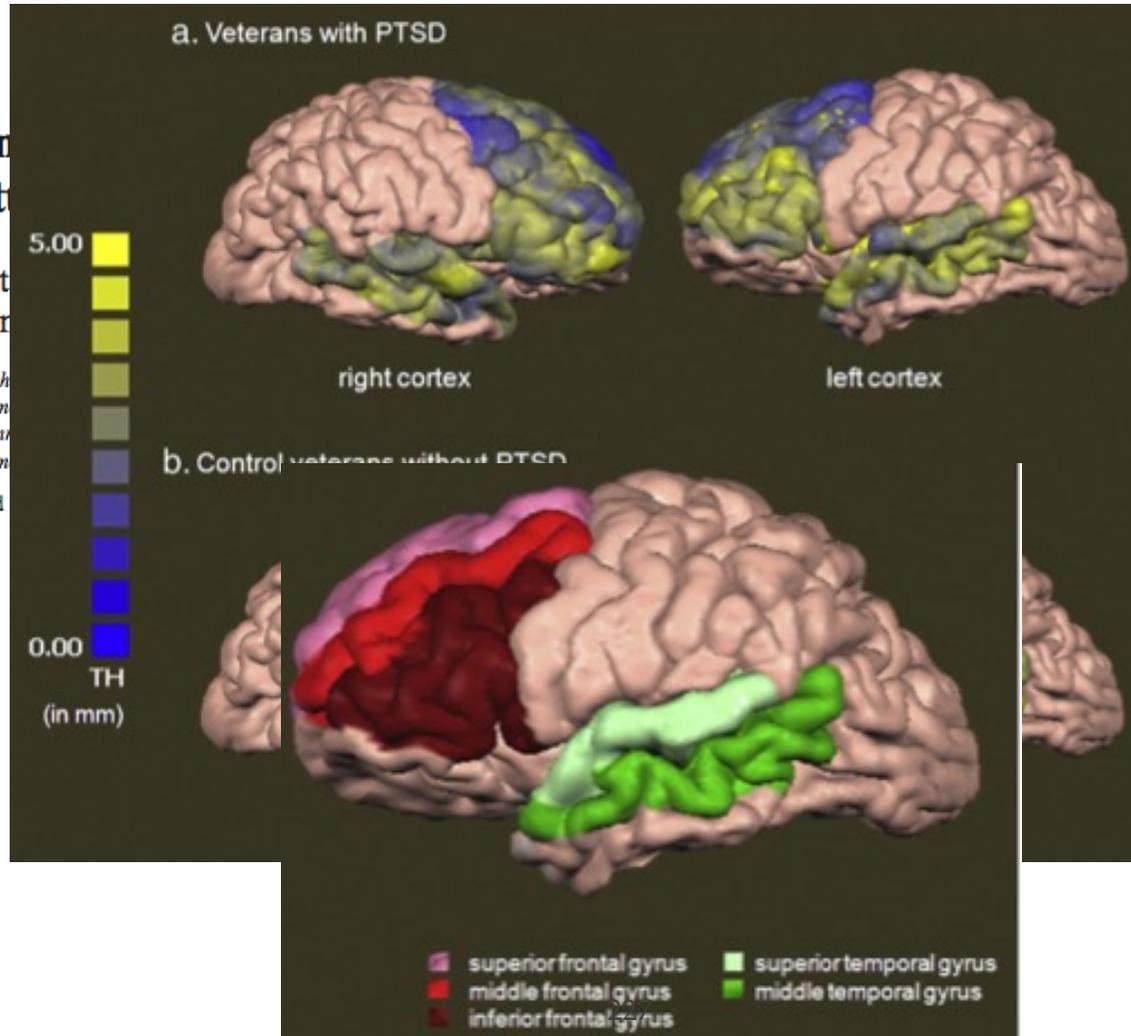
^a Areas of significantly ($p < 0.001$) increased activation during the final 30 seconds of a 60-second period of recalling a traumatic event, relative to average baseline activation 60 seconds before each recollection of the traumatic event, superimposed on T₁-weighted magnetic resonance imaging templates.

Lanius, R., et al. (2001). *American Journal of Psychiatry*, 158: 1920-1922.

Thin
post

Elbert
Carier

^aResearch
^bDepartm
^cBrain Im
^dDepartm
Received



Activation in limbic regions

PTSD patients



Normal controls



Combat controls



-4

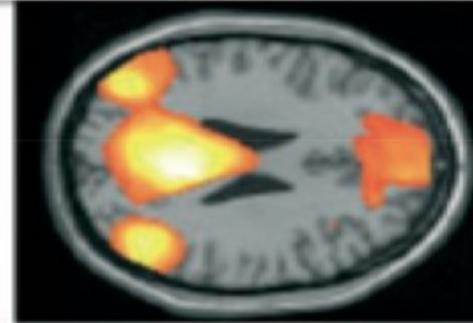
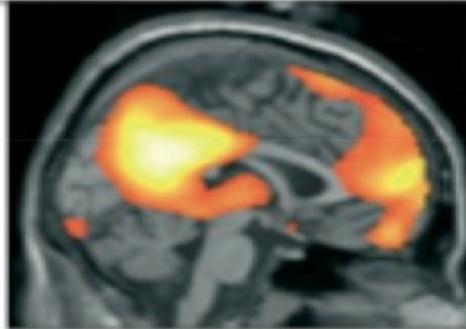
-9

-14



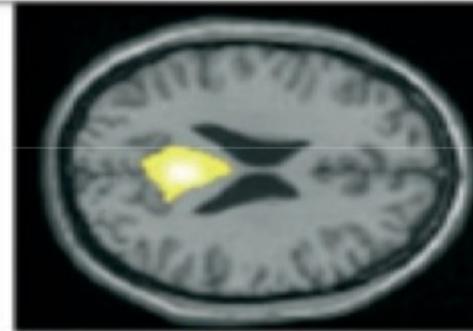
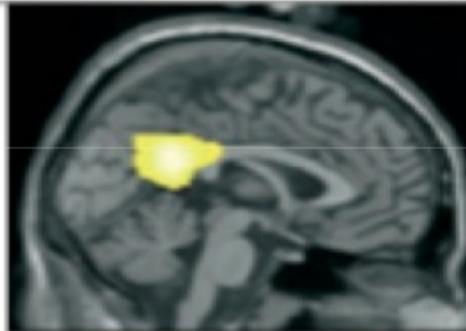
SUJETS CONTROLES

OU SUIS-JE?



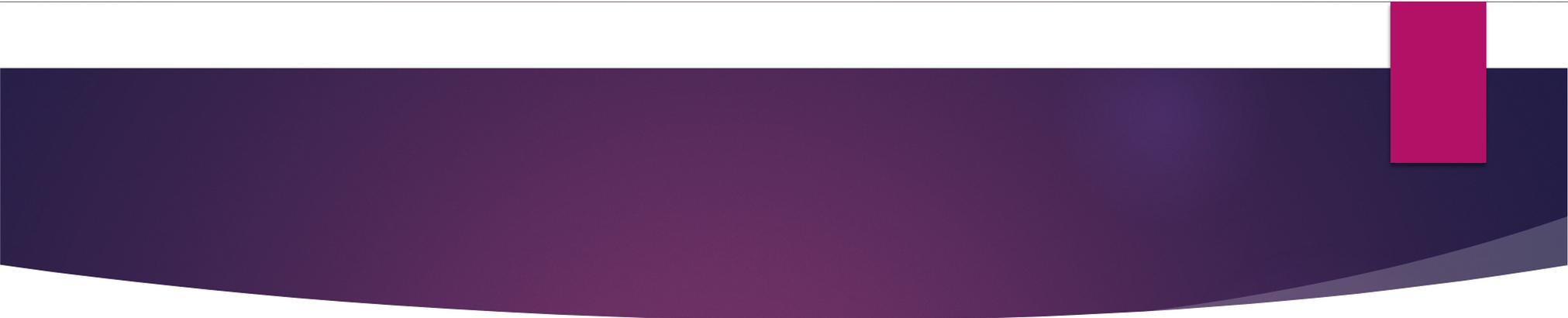
QUI SUIS-JE?

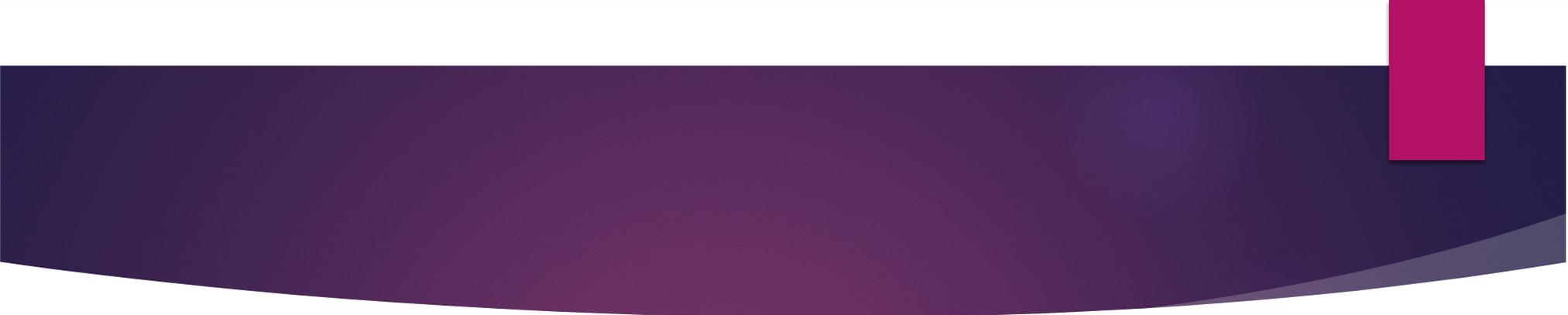
ESPT



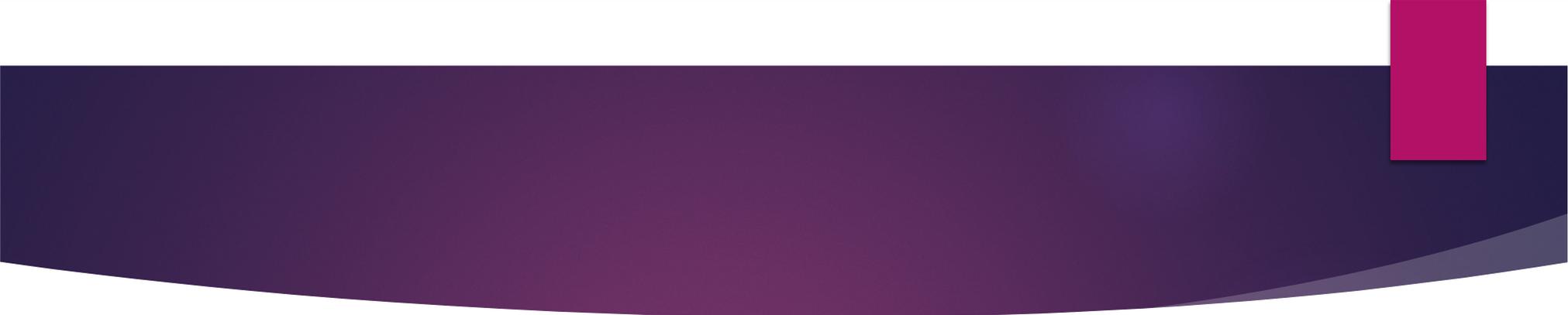
Lanius et al. 2011. How understanding the neurobiology of PTSD can inform clinical practice. Acta Psychiatr Scand

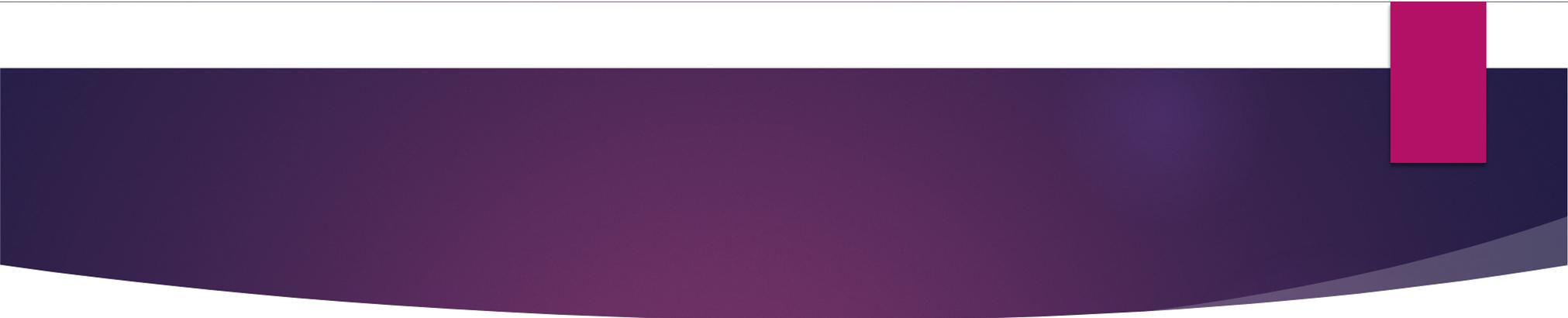
3.5. La Dissociation péritraumatique

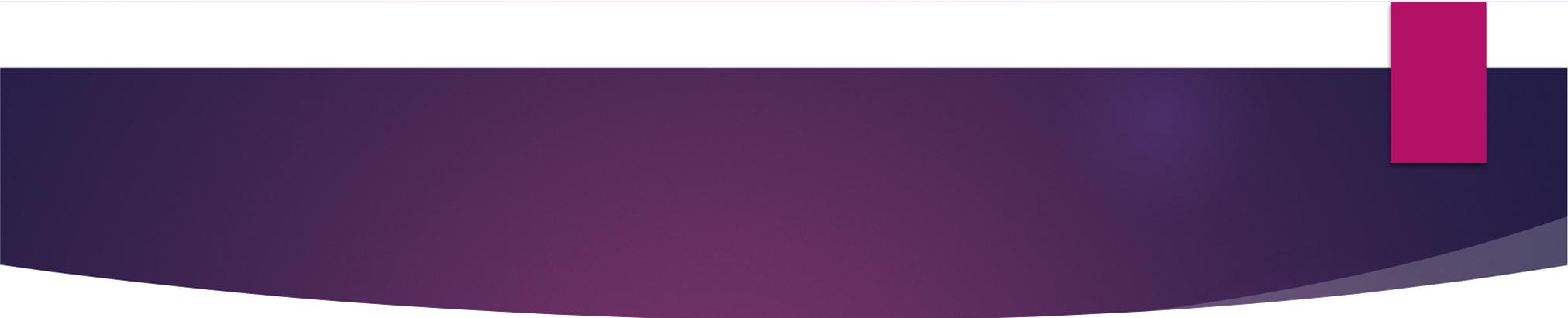
- 
- ▶ Constat: Depuis le milieu des années 90 on montre une relation entre l'intensité des expériences dissociatives observées au moment de l'exposition à un événement traumatique et la vulnérabilité pour le développement d'un ESPT (Marmar & al., 1996, 1998, 1999; Shalev & al., 1996; Weiss & al, 1995).

- 
- ▶ Noyes & Kletti (1977) ont montré dès les années 70 auprès de 101 victimes d'accidents de la route et d'agressions physiques
 - ▶ 72% de sentiment déréalisation
 - ▶ 57% action automatique
 - ▶ 52% sentiment de détachement
 - ▶ 56% de dépersonnalisation
 - ▶ 34% détachement de son corps
 - ▶ 30% déréalisation

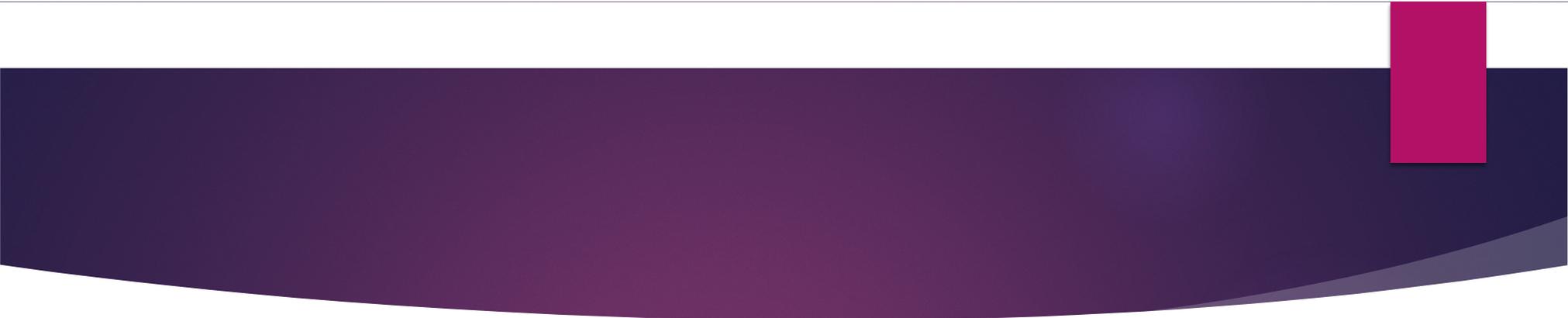
- 
- ▶ « La dissociation apparaît être le mécanisme par lequel les sensations intenses et les expériences émotionnelles sont **déconnectées du domaine social, du langage et de la mémoire**, le mécanisme interne par lequel les personnes terrorisées sont réduites au silence (*silenced*) » (Herman, 1992).

- 
- ▶ Pour Gershuny et Thayer (1999), elle « implique une sorte d'accès divisé ou parallèle à un état de conscience dans lequel deux ou plusieurs processus ou **contenus mentaux ne sont pas associés ou intégrés** et la conscience que les émotions et les pensées sont diminuées ou évitées.

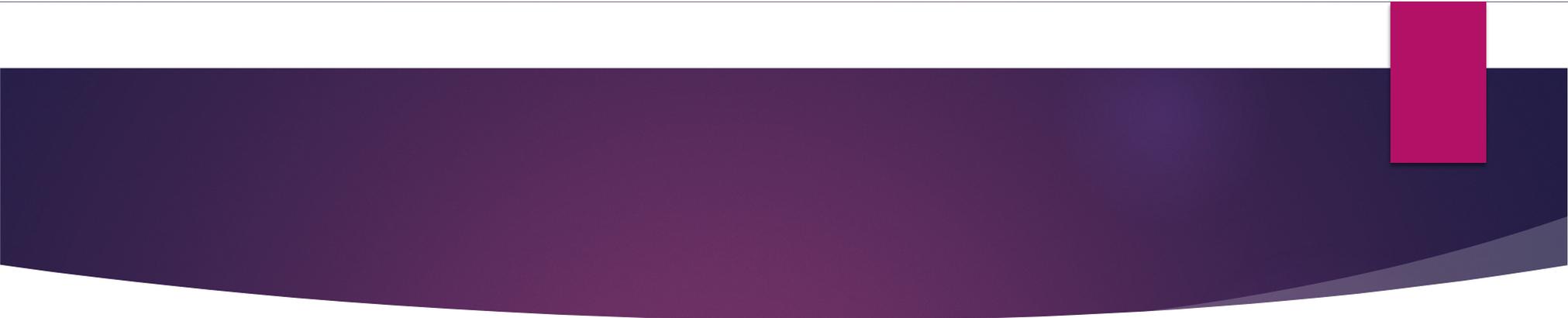
- 
- ▶ La dissociation doit être comprise comme un état **altéré ou fragmenté** de conscience dans lequel l'expérience est compartimentée »
 - ▶ Outre l'aspect de fragmentation, apparaît ici l'idée d'une mise sous silence, d'une compartimentation venant **empêcher l'intégration de l'information.**

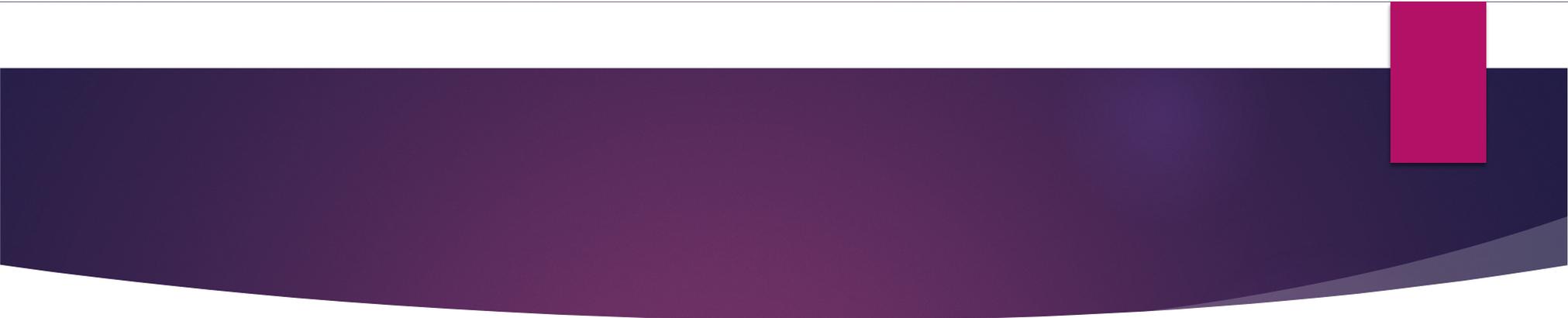


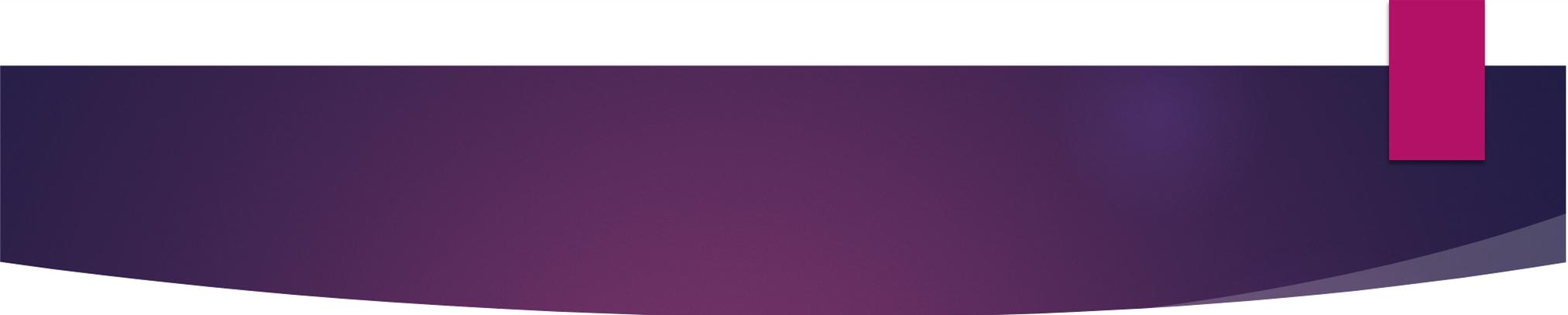
Exercices cliniques

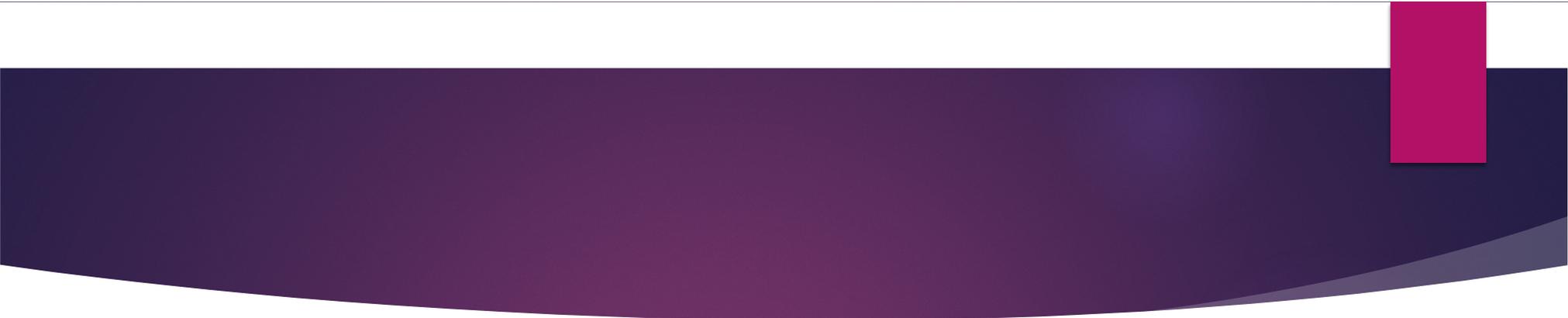


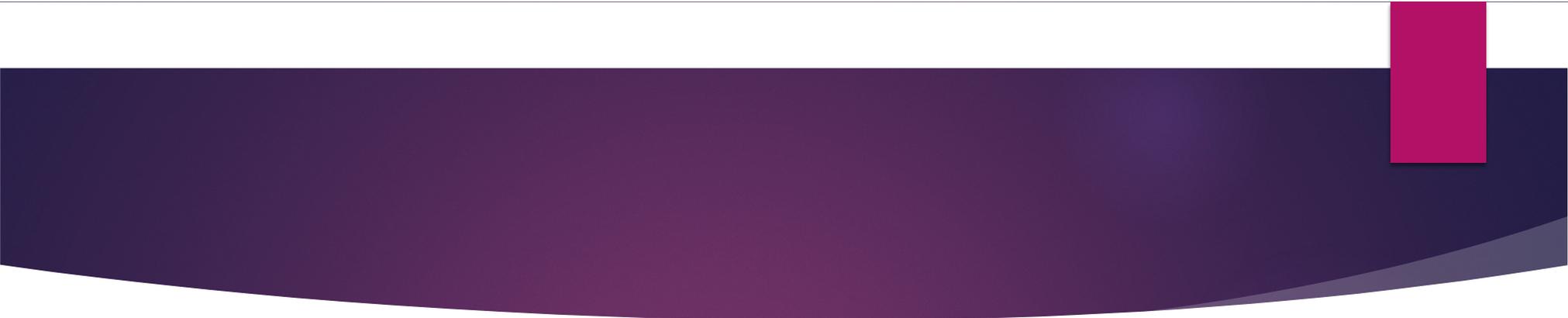
4. Le traumatisme complexe ou trauma de type 2

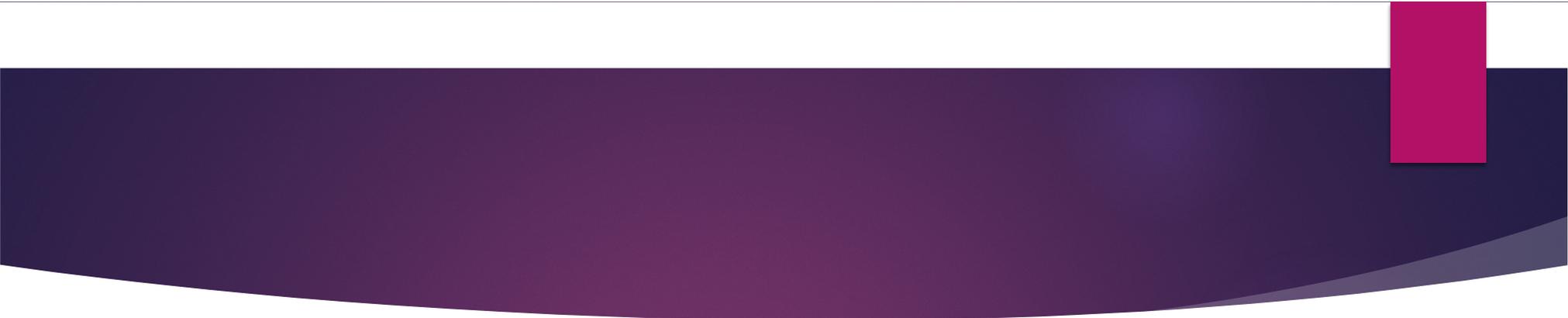
- 
- ▶ Dès 1985, Finkelhor et Browne (1985) affirmaient déjà que le TSPT n'était pas en mesure de rendre suffisamment compte de la diversité des symptômes observés chez les victimes d'agression sexuelle.
 - ▶ C'est au environ de la même période que l'idée de stress post-traumatique complexe (ou Complex Post-traumatic Stress Disorder ou C-PTSD – Cf. Eccdaré n°1) 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.

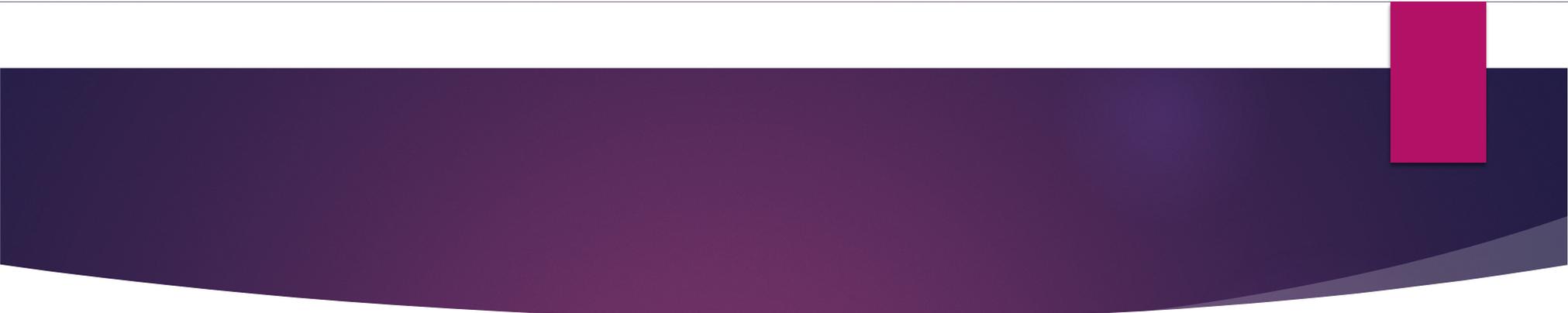
- 
- Dans un article qu'elle publia en 1992 (Herman, 1992b) elle présenta une sémiologie et une étiologie du trauma complexe en spécifiant notamment qu'une telle symptomatologie est le plus souvent déterminée par un processus traumatique particulièrement intense et fréquent (en tous cas vécu comme tel).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

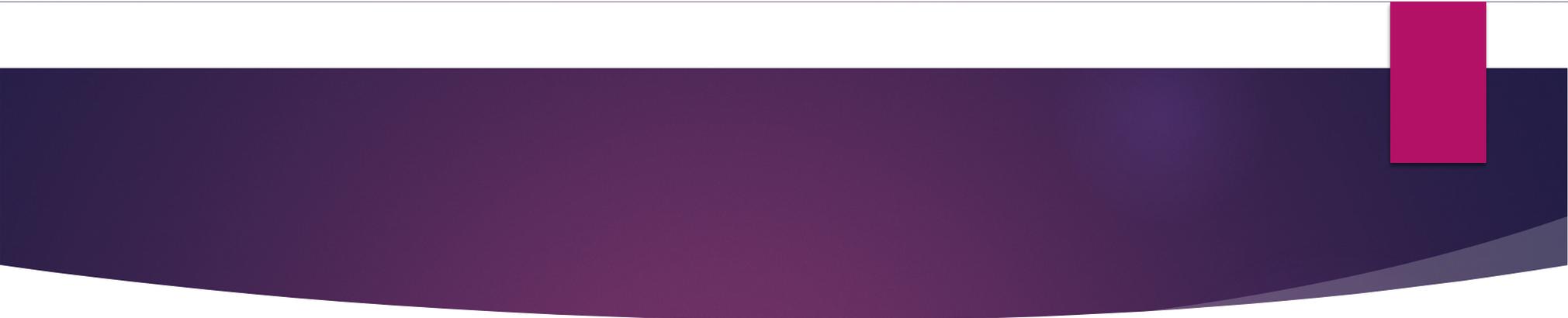
- 
- Selon Herman (1992a) le processus de traumatisation complexe n'est possible que si la victime est en état de captivité ou dans l'incapacité de fuir, l'obligeant ainsi à une situation de contact prolongée avec un agresseur par exemple, ce qui implique l'établissement d'une relation particulière entre la victime et l'auteur.
 - Un tel processus de traumatisation, n'est pas en soi exceptionnel, car l'idée de captivité doit être envisagée au sens large du terme. Il est en effet des contextes de vie, des familles, des groupes religieux, des situations de

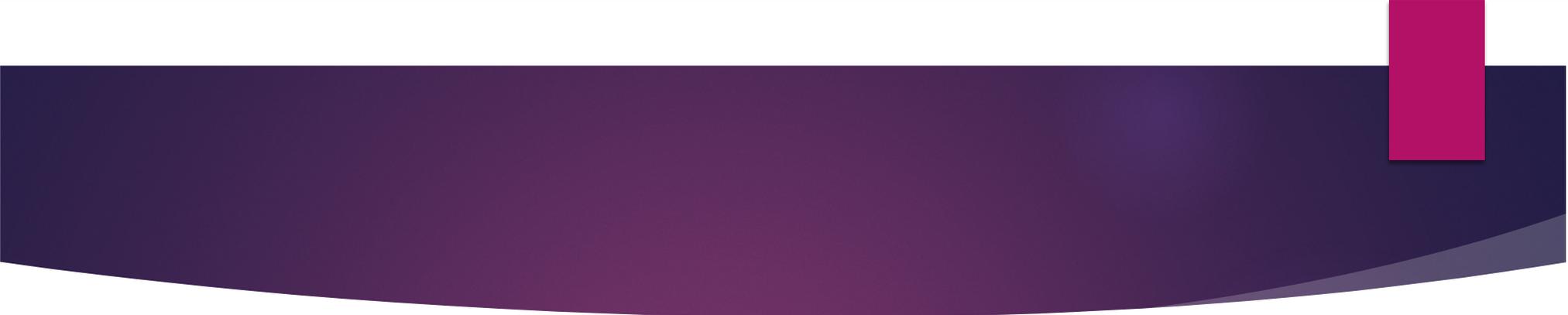
- 
- Léonore Terr (1991) fut l'autre grande instigatrice de cette nouvelle conception du trauma. Elle proposa quant à elle le terme de traumatisme de type II. Ce dernier serait le fait d'« un évènement qui s'est répété, qui a été présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une période de temps.
 - Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif ». Bien entendu, l'idée de trauma complexe se confond avec celle de trauma de type II, même si avec la définition de Terr on insiste plus sur le risque d'apparition de l'épisode traumatique, qui peut mettre les victimes en situation de vulnérabilité notamment par l'absence de contrôle totale qu'impose ce genre de situation.

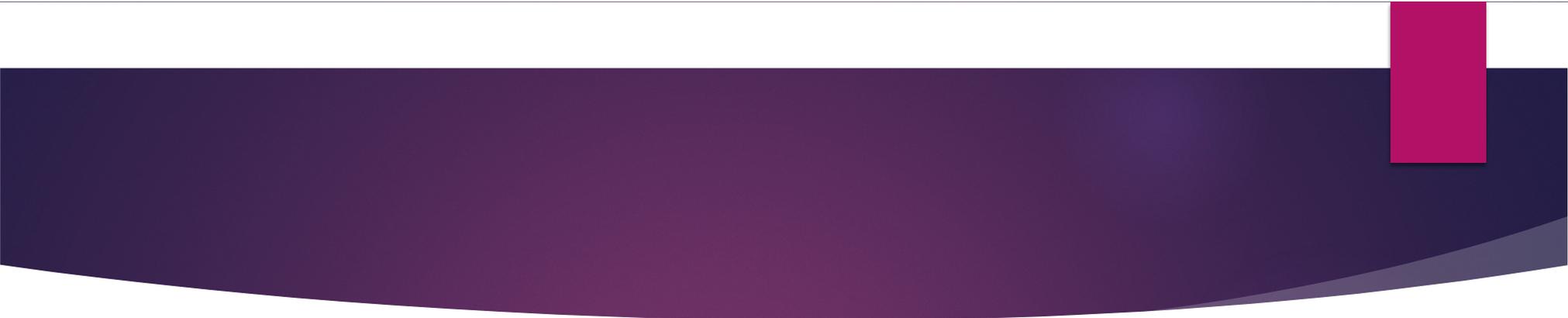
- 
- Ainsi, la condition d'apparition d'un tel tableau clinique n'est pas seulement la répétition effective de l'évènement traumatique. Un autre facteur complète l'étiologie de l'installation des troubles de traumatisme complexe : une victimisation prolongée et répétée durant l'enfance et/ou l'adolescence.
 - En effet, il peut exister des situations, où la probabilité ou le caractère imprévisible et insécure d'un lieu ou d'un contexte, mettent les victimes dans une situation de tension permanente, anticipant, un événement traumatique, qui s'est déjà produit et qui menace à chaque instant de se reproduire.

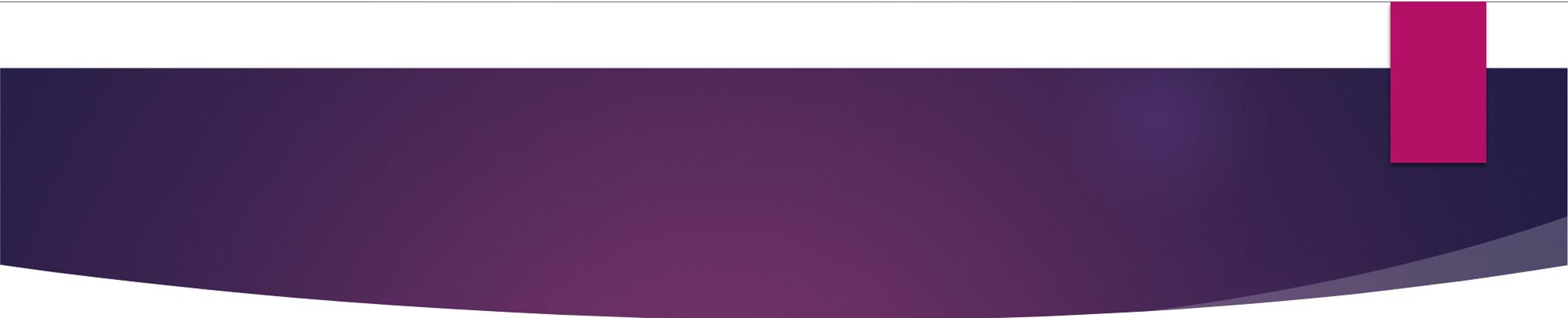
- 
- L'anticipation traumatique récurrente, associée à un sentiment d'impuissance et d'angoisse serait donc des conditions suffisantes pour l'apparition d'un traumatisme complexe, ce qui élargit le spectre des situations de vie où un tel tableau clinique peut apparaître. En effet, le risque ou la crainte d'être victime sont concernés par un phénomène de violence ou de maltraitance serait en soi suffisant, dès lors qu'ils s'inscrivent dans une temporalité et une récurrence suffisante.
 - Rappelons que tout traumatisme est, pour commencer, simple. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un TSPT, mais lentement, avec le développement d'une exposition répétée et incontrôlable d'autres mécanismes d'adaptation vont se manifester de plus en plus pathologiques.

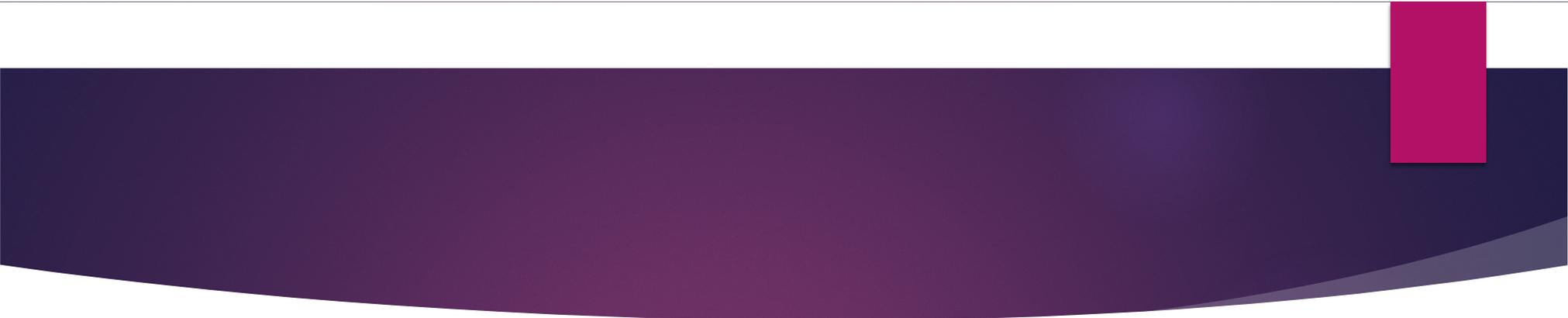
- 
- Une des caractéristique les plus emblématique trauma complexe est celle de la répétition des épisodes traumatiques durant l'enfance (Cloitre et al., 2010; Taylor, Asmundson, & Carleton, 2005) et de la durée de ce « temps traumatique ».
 - Des auteurs comme Taylor, Asmundson et Carleton (2005) ont largement montré qu'un traumatisme est d'autant plus déstructurant qu'il survient tôt dans la vie des enfants.
 - Ils montres par exemple que le nombre d'individus avec un Trouble Stress post-traumatique Complexe (TSPT-C) est significativement plus élevé (61%) que ceux avec un TSPT simple (16%) lorsque le processus de traumatisation a eu lieu avant 14 ans. Dés résultats similaires sont d'ailleurs observés dans la même étude pour les adolescents plus âgés.

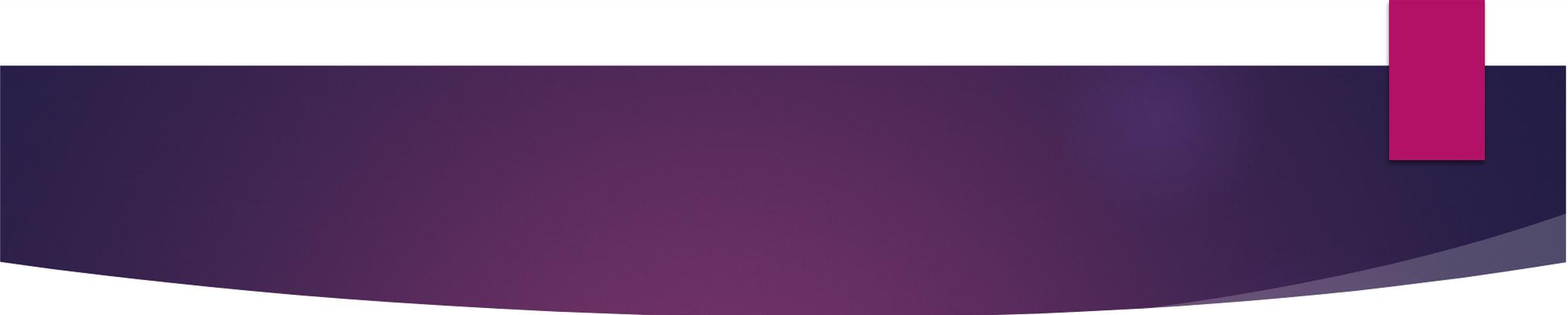
- 
- Leonore Terr et Judith Herman s'inscrivent toutes deux dans une perspective développementale qu'elles jugent essentielle pour comprendre le processus de traumatisation lorsque ce dernier est prolongés et répétés durant l'enfance.
 - C'est notamment la position de Judith Herman, qui considère que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

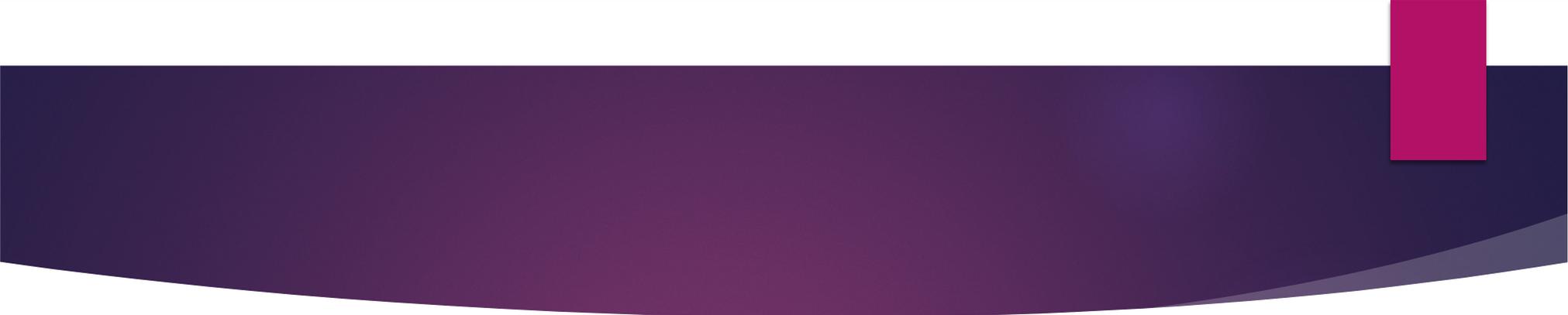
- 
- De tels impacts seraient d'ailleurs d'autant plus massif que lorsque les instigateurs de ce processus de traumatisation répété sont des parents ou des adultes (parents, proches, personnes significatives,...) sensés prendre soin de ces enfants d'autant plus grave lorsque les instigateurs.
 - Cette perspective développementale du trauma a justement été au cœur de nombreux travaux et écrits depuis 20 ans.
 - Rappelons que le TSPT a d'abord fait partie de la psychopathologie des adultes

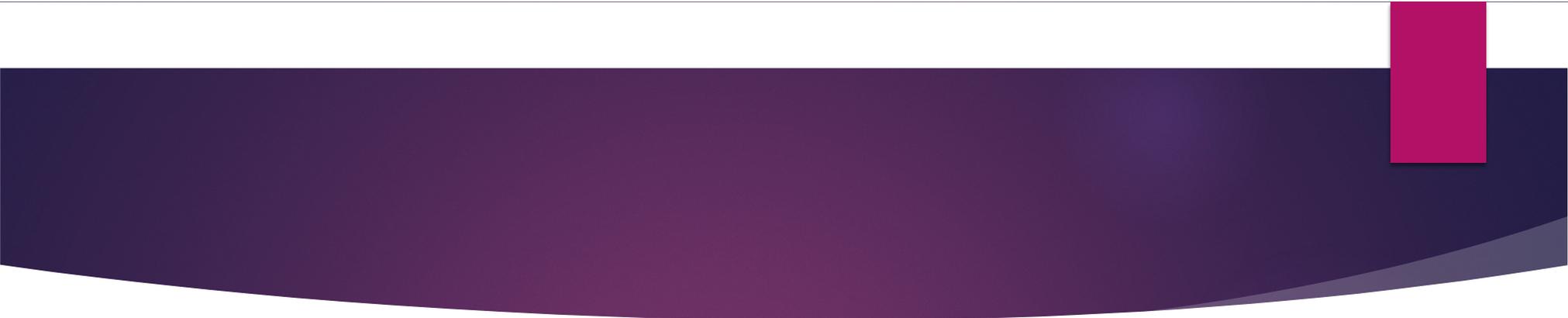
- 
- Ces enfants (ou ces enfants devenus des adultes) font souvent l'objet d'une multitude de diagnostic qui s'additionne les uns aux autres ce qui dans les faits montre à quel point l'entité nosographique de TSPT s'avère insuffisante dans de tels cas pour circonscrire ce qu'il faut bien appelée une complexité psychopathologique.
 - Comme le suggère Ford et Courtois (2013) sur le plan neurologique si l'on peu considérer que la confrontation à un événement traumatique unique peut pour une part au moins se résumer à un ensemble de réponses conditionnées ou réactionnelles comme c'est le cas avec le TSPT.

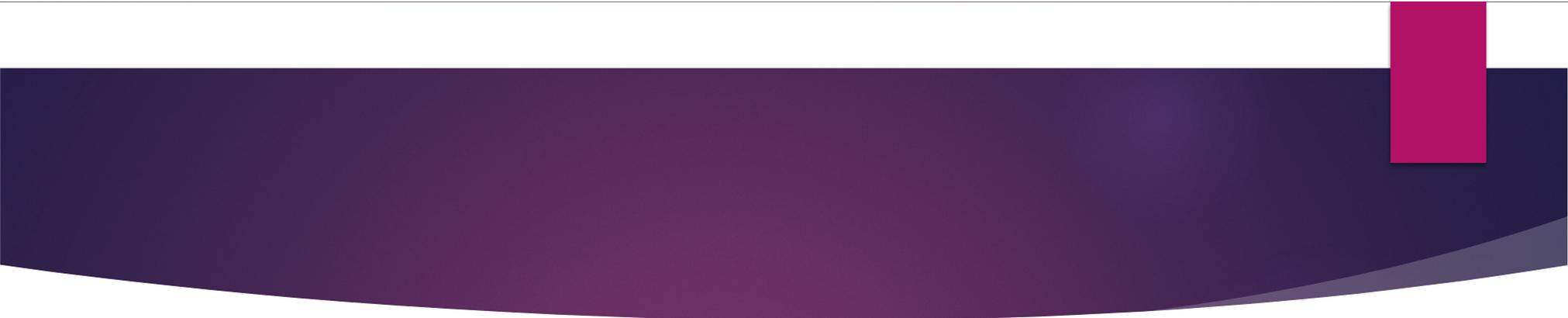
- 
- En revanche, l'activation répétée de la réponse au stress favorise le développement d'un cerveau orienté vers la survie («survival brain») au détriment d'un cerveau orienté vers l'exploration («learning brain»).
 - Alors que ce dernier favorise l'ouverture, l'exploration et la découverte de son environnement, le « survival brain » sera quant à lui plutôt orienté vers la vigilance, l'anticipation, la prévention et la protection de menaces éventuelles. Bien que, dans certaines circonstances, le « survival brain » soit très approprié, au quotidien, rares sont les situations (incluant les situations sociales) nécessitant une telle réponse.

- 
- Les enfants et les adolescents qui évoluent en mode survie ont donc plus de difficultés à s'adapter aux activités quotidiennes et à entretenir des relations riches et saines avec les autres.
 - Leur cerveau teinte l'ensemble de leurs expériences, y percevant plus fréquemment des dangers potentiels. Au cœur de ces expériences figure la peur, une émotion très forte qui mobilise l'ensemble des ressources disponibles

- 
- 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.
 - A travers cette proposition, et 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.

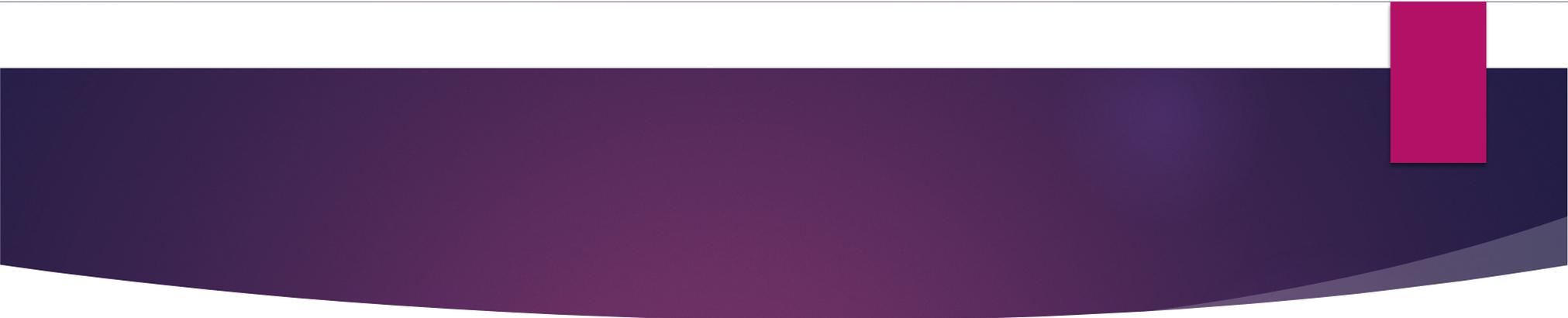
- 
- Durant la même période, un comité avec Bessel van der Kolk (van der Kolk, Roth, Pelcovitz & Mandel, 1993) s'est constitué en vue d'étudier et de proposer une nouvelle entité clinique qui rendrait compte des séquelles complexes du psychotraumatisme afin de l'inclure ici encore dans ce qu'allait être le futur DSM-IV.
 - On parle alors (Lexenberg & al., 2001) de Disorder of Extreme Stress – Not Otherwise Specified (DESNOS) ou d'Etat de Stress Extreme Non Spécifié (ESENS). Toutefois, une fois les travaux du comité terminés, et malgré la recommandation de plusieurs membres du comité d'inclure officiellement le DESNOS à titre de trouble mental, il n'est inclus qu'à titre de caractéristiques associées au TSPT.

- 
- En conséquence, pour qu'une personne reçoive le diagnostic de DESNOS, elle doit d'abord satisfaire tous les critères du TPST, ce qui n'est pas le cas pour nombre d'enfants, d'adolescents et d'adultes traumatisés.



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

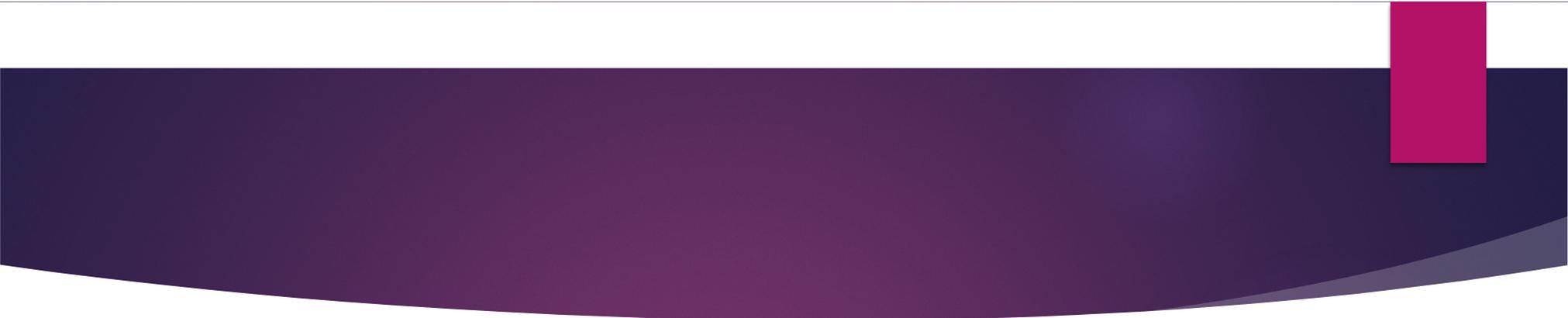
- ▶ **I. Altérations dans la régulation des affects**
- ▶ A. Dysphorie persistante
- ▶ B. Préoccupation suicidaire chronique
- ▶ C. Autodestruction
- ▶ D. Colère explosive ou extrêmement inhibée (peut alterner)
- ▶ E. Sexualité compulsive ou extrêmement inhibée (peut alterner)



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

▶ **II. Altérations de la conscience**

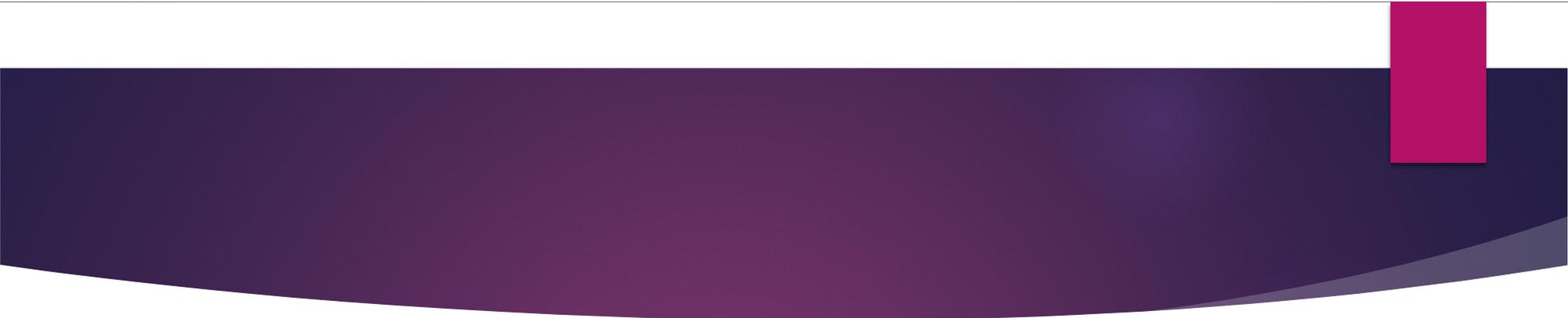
- ▶ A. Amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques
- ▶ B. Episodes transitoires dissociatifs
- ▶ C. Dépersonnalisation/ déréalisation
- ▶ D. Reviviscence des expériences (sous formes d'idées intrusives ou de ruminations)



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

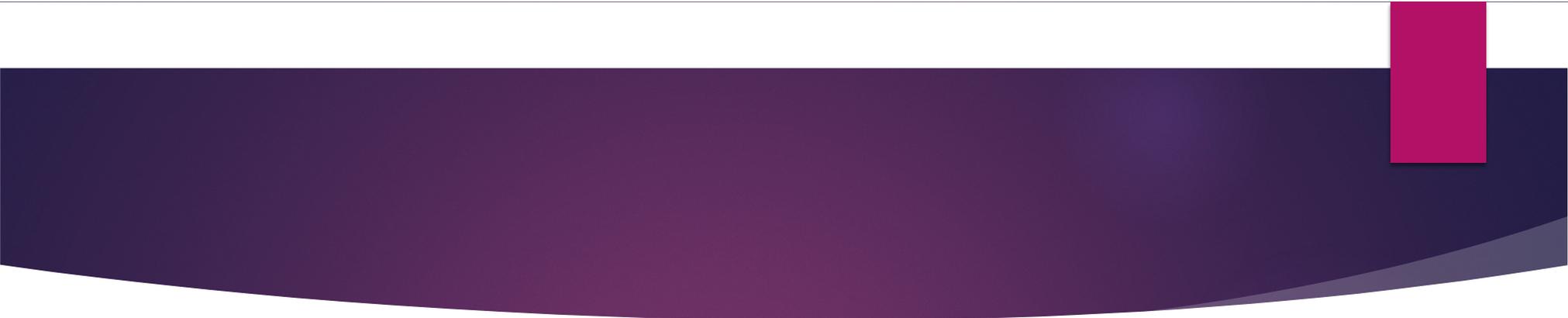
▶ **III. Altérations de l'auto-perception**

- ▶ A. Sensation d'impuissance ou paralysie de l'initiative
- ▶ B. Honte, culpabilité et blâme de soi
- ▶ C. Sensation de souillure et de stigmatisme
- ▶ 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 non-humaine)



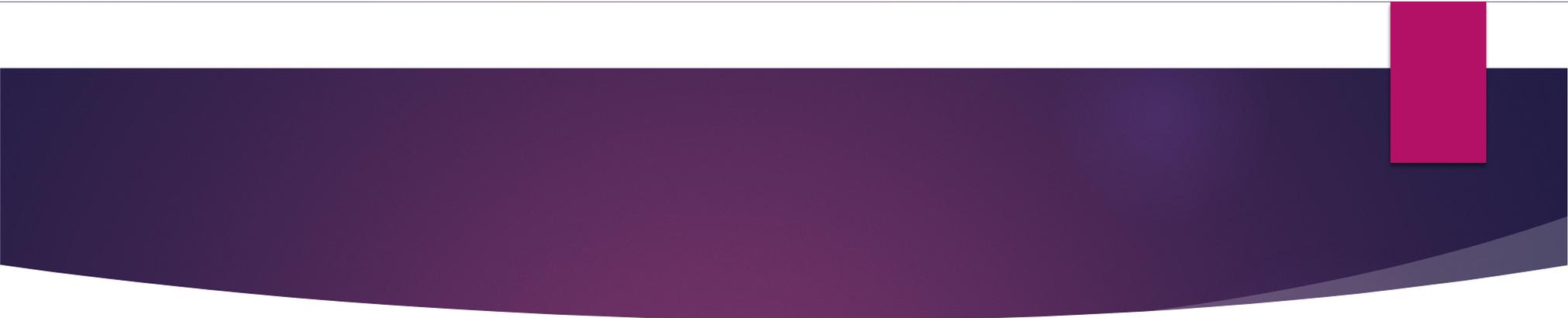
Critères diagnostiques du Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

- ▶ **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



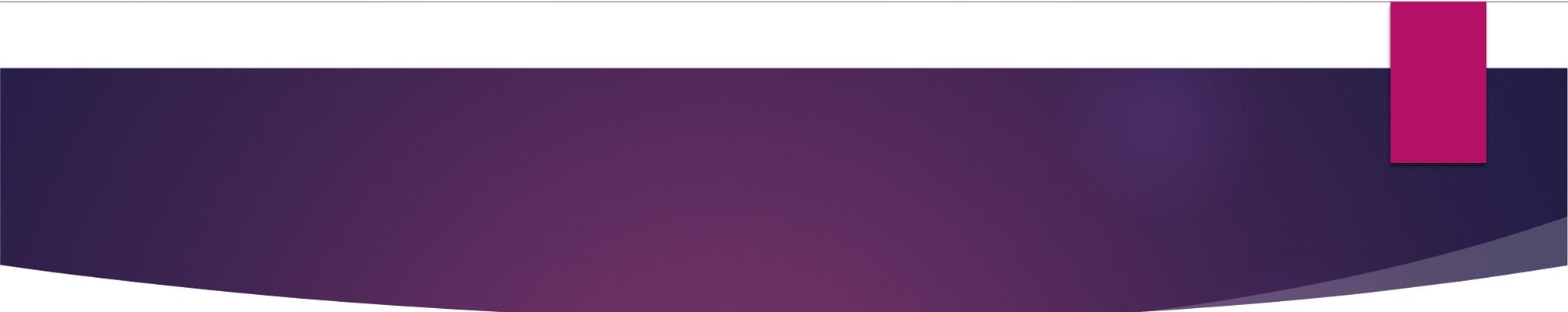
Critères diagnostiques du Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

- ▶ **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



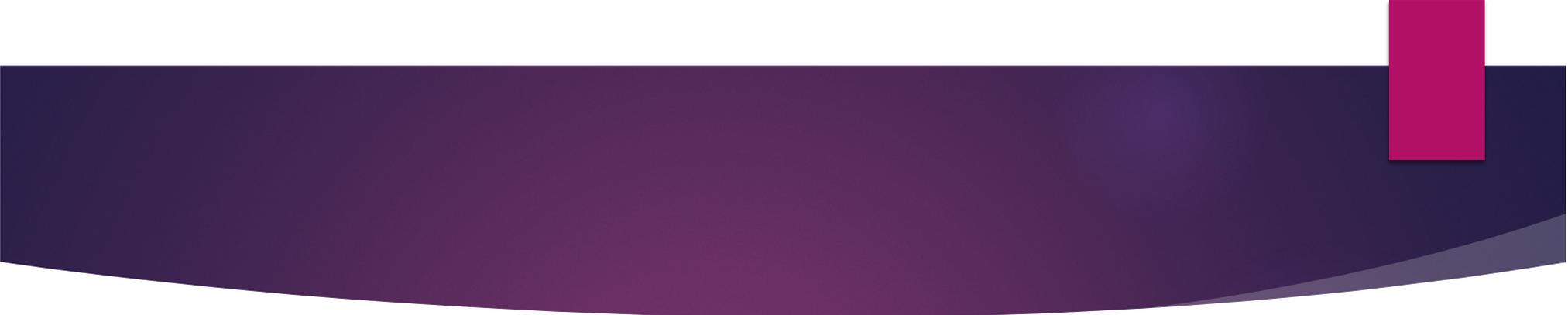
Critères diagnostiques du Stress Post-Traumatique Complexe ou Complex Post-traumatic Stress Disorder (C-PTSD) de Judith Lewis Herman (1992b)

- ▶ **VI. Altérations dans le système des sens**
- ▶ A. Perte de confiance
- ▶ B. Sensation d'impuissance ou de désespoir



Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, 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

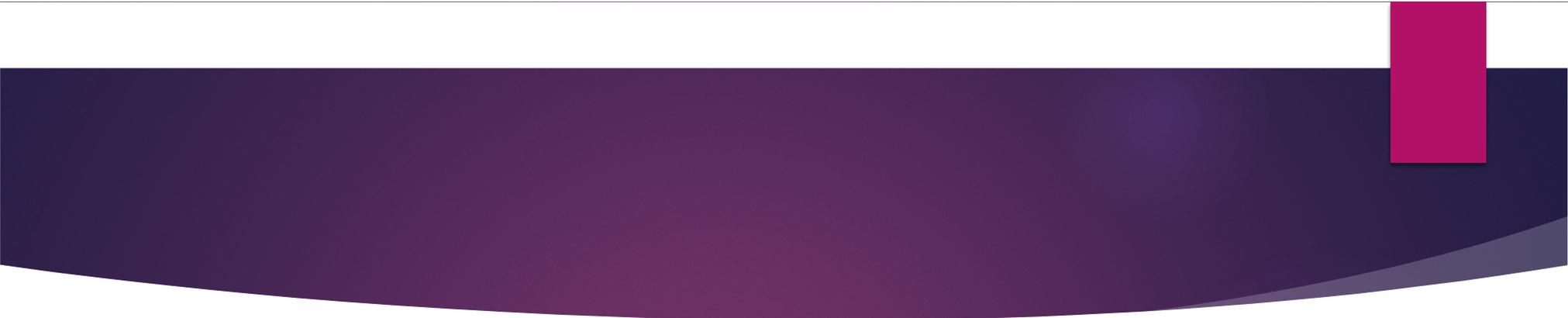


Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

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

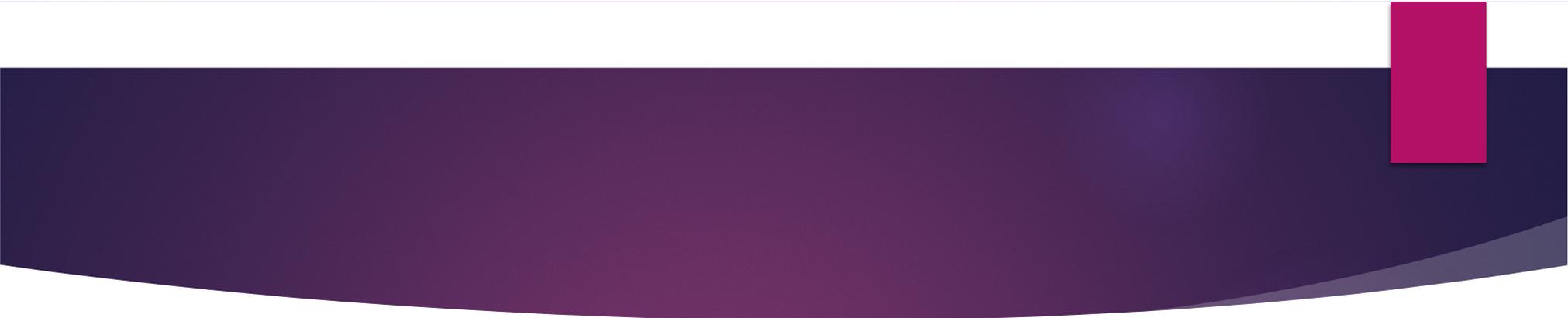
▶ A. Amnésie

▶ B. Épisodes transitoires dissociatifs et dépersonnalisation



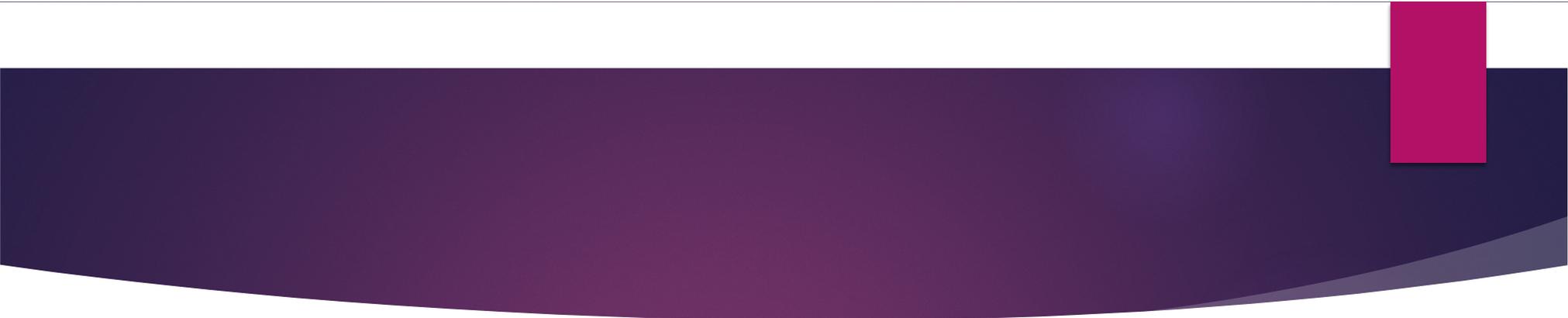
Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

- ▶ **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)



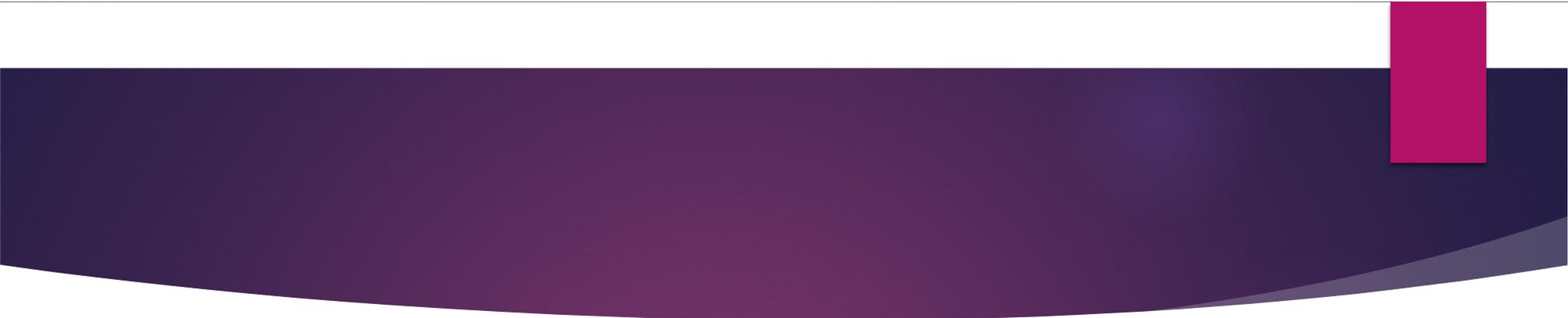
Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

- ▶ **IV. Altération dans les relations avec les autres (un critère requis)**
- ▶ A. Incapacité de faire confiance
- ▶ B. Revictimisation
- ▶ C. Victimisation des autres



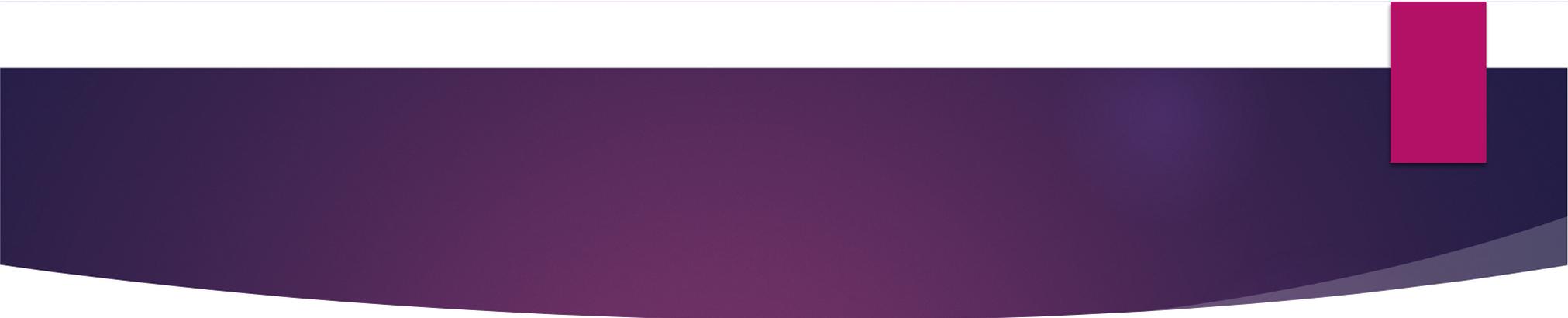
Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

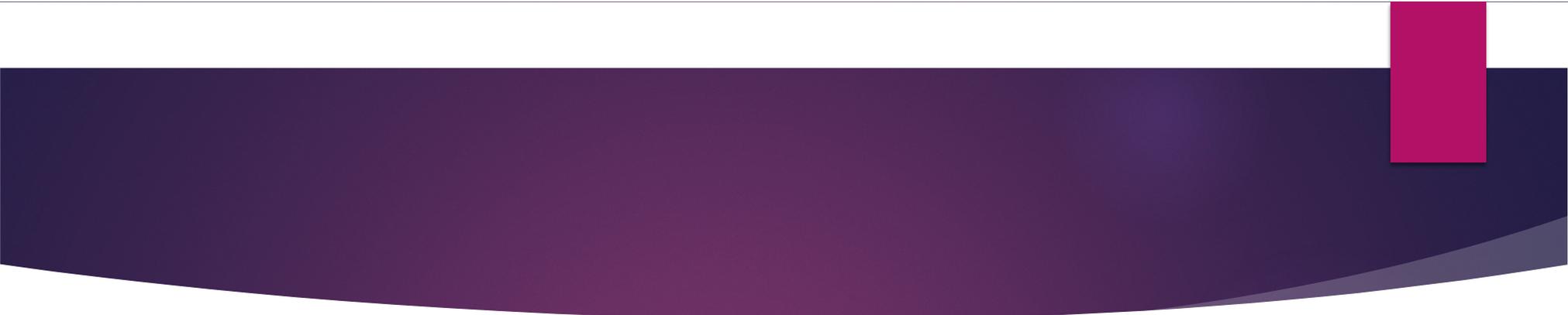
- ▶ **V. Somatisation (deux critères requis)**
- ▶ A. Système digestif
- ▶ B. Douleur chronique
- ▶ C. Symptômes cardio-pulmonaires
- ▶ D. Symptômes de conversion
- ▶ E. Symptômes sexuels

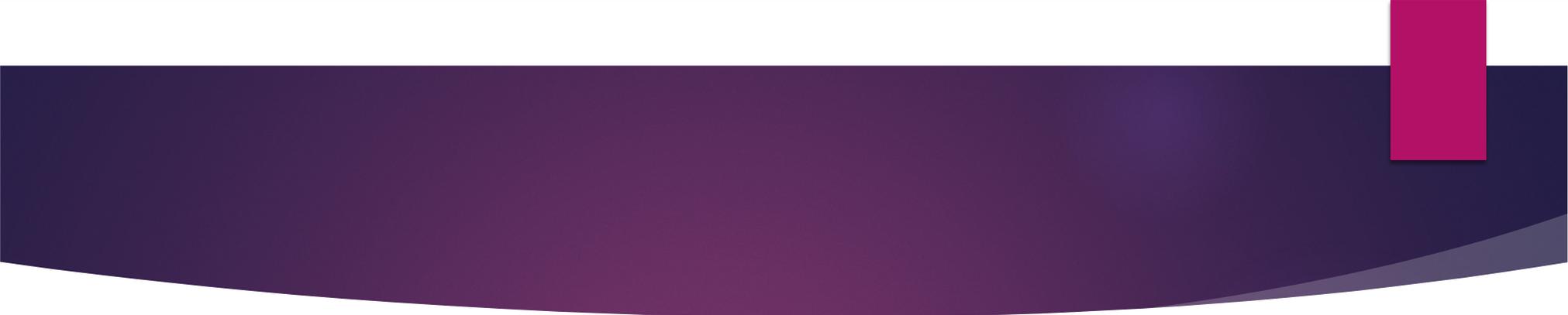


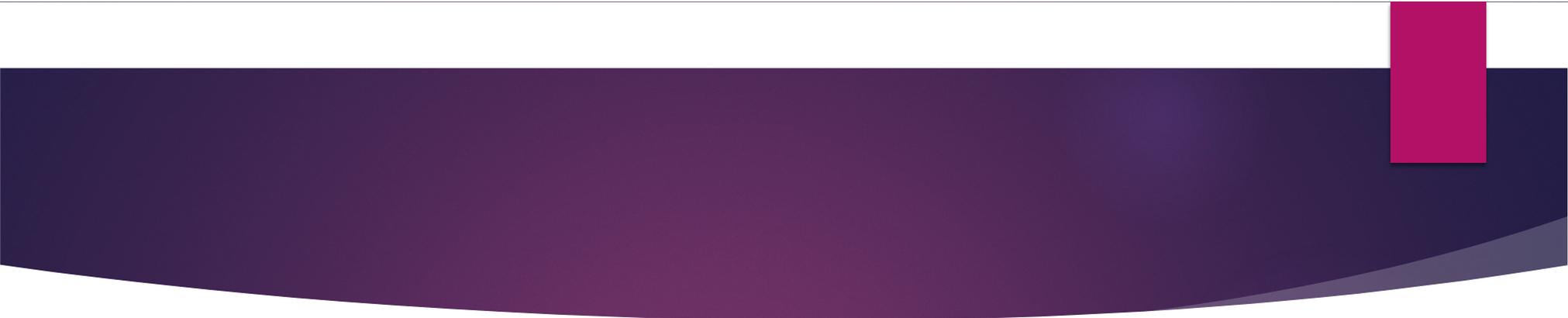
Critères diagnostiques du DESNOS (Lexenberg, Spinazzola & van des Kolk, 2001)

- ▶ **VI. Altération du système de croyance (A et B requis)**
- ▶ A. Désespoir
- ▶ B. Perte de croyances autrefois soutenantes

- 
- Depuis juin 2018 la CIM-11 (WHO, 2018) a intégré le diagnostic 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.
 - Vingt-cinq ans après la CIM-1014 et avec un retard de trois ans sur l'agenda initial, la CIM-11 a été publiée le 18 juin 2018, a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé le 25 mai 2019 et entrera en application le 1er janvier 2022.

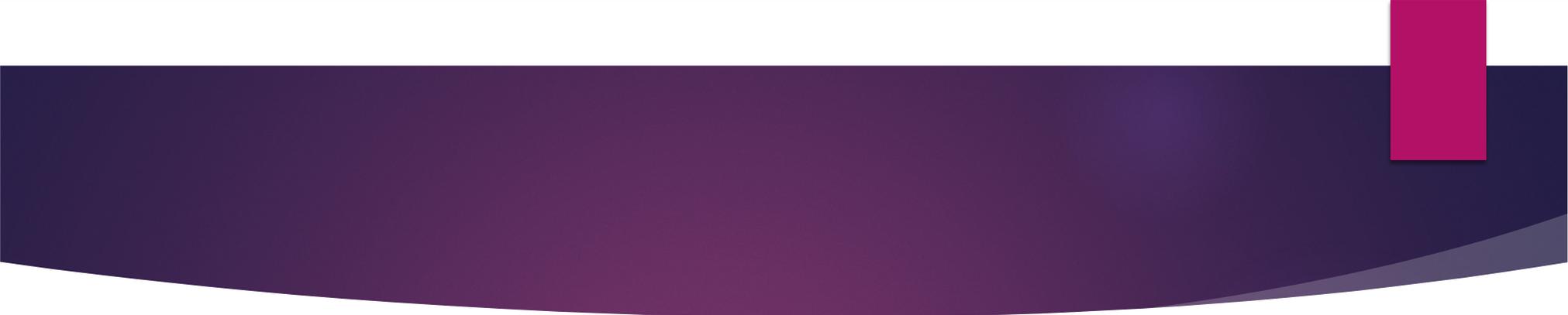
- 
- La CIM-11 franchit un cap décisif en proposant l'introduction d'une nouvelle entité clinique, le stress post-traumatique complexe.
 - L'OMS reconnaît ainsi la spécificité des troubles consécutifs à des événements extrêmement menaçants ou horribles, souvent prolongés ou répétitifs et auxquels il est difficile ou impossible d'échapper.
 - En plus des symptômes du stress post-traumatique (reviviscences, évitement, hypervigilance), ce tableau diagnostique tient compte des altérations persistantes du fonctionnement affectif (dérégulation des affects), du fonctionnement par rapport à soi-même (croyances négatives par rapport à soi, sentiments de honte ou de culpabilité) et du fonctionnement relationnel (difficultés à maintenir des relations ou de se sentir proche des autres).

- 
- 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).

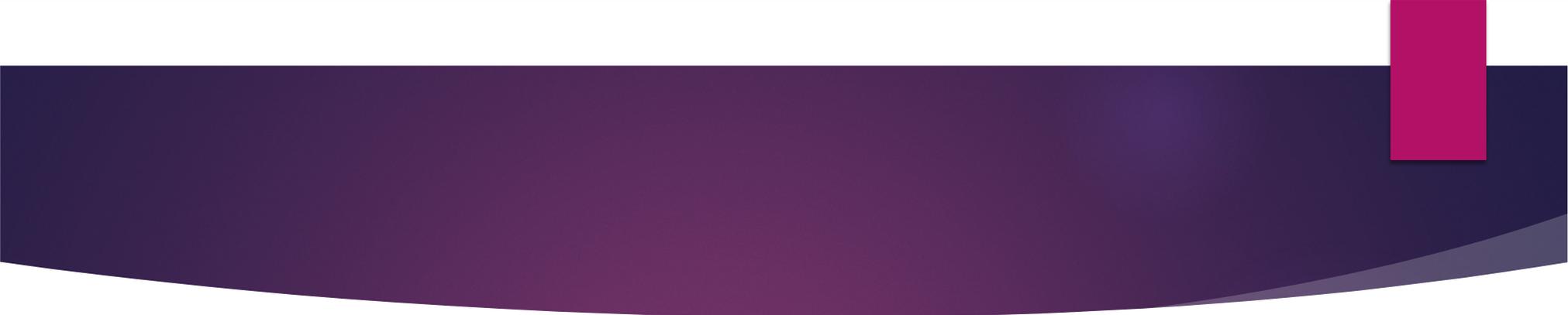
- 
- Toutes les conditions requises pour le diagnostic du SSPT sont remplies. Tous les symptômes d'un TSPT sont requis auxquels s'ajoutent :
 - 1) des problèmes graves et persistants de régulation des affects ;
 - 2) des croyances négatives sur soi (perdant, sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec ;
 - 3) des difficultés à maintenir des

Comparatif entre TSPT et TSPT-C

Symptômes	TSPT	TSPT-C
Événement traumatique	*	*
Intrusion	*	*
Évitement	*	*
Activation	*	*
Régulation émotionnelle		*
Concept de soi négatif		*
Relation interpersonnelles perturbées		*



Exercices cliniques

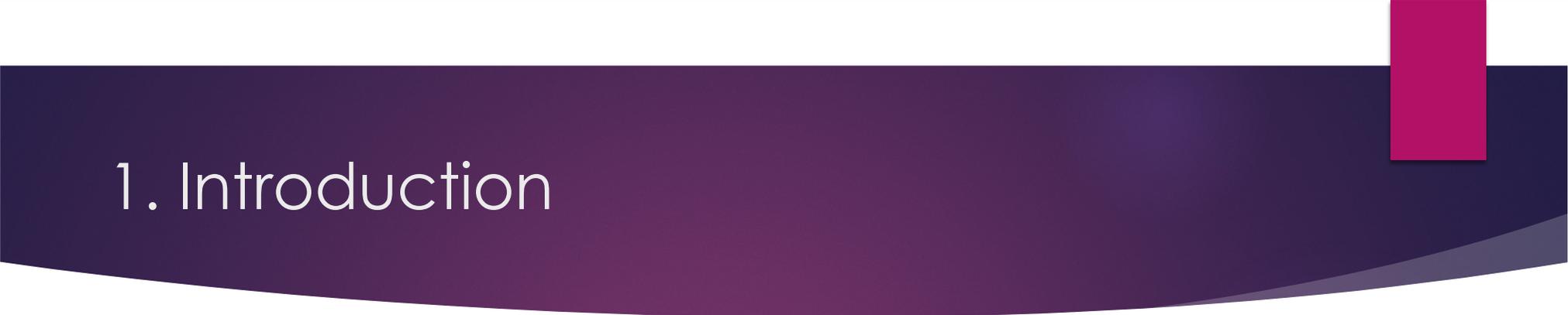


PARTIE 2

La Personnalité borderline

1. Introduction

- ▶ Le trouble de personnalité borderline est caractérisé essentiellement par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers (APA, 2000).



1. Introduction

Difficulté de rattacher les troubles de personnalité borderline à un spectre donné. Utiliser une définition catégorielle des troubles de personnalité fait courir le risque d'un diagnostic restreint et formel qui semble parfois peu adapté à la clinique

La clinique nécessite souvent une approche plus fine et plus complexe que celle d'un simple diagnostic.

1. Introduction

- ▶ Un concept nosologique toujours en mouvement, dont les limites ne sont pas encore bien claires... Certains doutent même de l'existence de cette pathologie,
- ▶ Un trouble extrêmement difficile à traiter, voire même impossible à améliorer...
- ▶ Peu de recherches scientifiques ont été réalisées à ce sujet

2. Epidémiologie

2. Epidémiologie

- ▶ La prévalence générale de la personnalité borderline a été estimée entre **0,2 % à presque 2 % au sein de la population générale** et à approximativement 15 % parmi l'ensemble des consultants des services psychiatriques (Widiger & Frances, 1989).
- ▶ Les dernières données de l'OMS estiment la prévalence à **2 à 4 %** de la population générale.

2. Epidémiologie

- ▶ L'APA donne les chiffres suivants : 2 % de la population générale est concernée par ce trouble, 10 % des consultations psychiatriques, et **15 à 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie** ; parmi les personnes présentant un trouble de la personnalité, il existe une personnalité borderline dans 30 à 60 % des cas. Une étude a évalué la prévalence du trouble de personnalité borderline à environ 6 % de la population générale (Grant et al., 2008).

3. Synthèse de certaines études empiriques

3. Synthèse de certaines études empiriques

- ▶ le trouble borderline est un diagnostic dont la validité clinique et la stabilité temporelle paraissent suffisantes ;
- ▶ il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre ce registre de trouble et le diagnostic de schizophrénie alors qu'il en existe un entre personnalité limite et trouble de l'humeur ;
- ▶ la nature exacte de celui-ci reste cependant incertaine et non spécifique la prise en charge spécialisée des sujets borderline débute en général vers la fin de l'adolescence ;

3. Synthèse de certaines études empiriques

- ▶ les deux tiers des patients restent dysfonctionnels pendant une vingtaine d'années, le cap de vulnérabilité maximale se situant autour de la trentaine,
- ▶ le risque suicidaire avoisinant alors les 5 % ;
- ▶ par la suite, la majorité des patients obtiennent une insertion socioprofessionnelle d'assez bonne qualité ;
- ▶ les associations qui aggravent le pronostic sont les troubles **schizotypiques ou antisociaux** de la personnalité, les troubles affectifs (dépression surtout) et les **antécédents parentaux de sévices chroniques précoces**

3. Synthèse de certaines études empiriques

- ▶ les études familiales mettent en évidence la fréquence des antécédents de séparations et pertes précoces, d'échec du couple parental , de sévices physiques et sexuels au point qu'environ 3 % des patients limites répondent aux critères des **états de stress post-traumatique** ;
- ▶ il existe également une forte stabilité intrafamiliale du diagnostic de personnalité limite

3. Synthèse de certaines études empiriques

- ▶ Le lien entre traumatisme précoce et développement d'une PBL : Seuls 6,1 % des patients borderline (contre 61,5 % de la population témoin) n'ont rapporté aucun événement traumatique grave.
- ▶ L'attitude parentale a été étudiée également : elle était significativement plus défavorable dans le groupe borderline.

3. Synthèse de certaines études empiriques

- ▶ Dans les années 2000, des recherches prospectives, appliquant une méthodologie rigoureuse, montrent qu'en réalité, l'évolution du trouble de PBL semble plus favorable qu'on ne le croyait jusque-là :
 - amélioration de la symptomatologie avec l'âge,
 - évolution du trouble vers une schizophrénie confirmée comme étant exceptionnelle (Karaklic & Bungener, 2010).



4. Le trouble borderline est-il une
catégorie diagnostique ou une
dimension ?

4. Le trouble borderline est-il une catégorie diagnostique ou une dimension ?

- ▶ L'approche catégorielle choisie par la plupart des auteurs (et retenue dans les classifications internationales les plus utilisées) limite la décision clinique à la question suivante : le sujet est-il ou n'est-il pas borderline ?
- ▶ L'option dimensionnelle, bien que pressentie comme plus adaptée à l'hétérogénéité des situations cliniques

4. Le trouble borderline est-il une catégorie diagnostique ou une dimension ?

- ▶ Les gestes autoagressifs, les relations d'objet intenses et instables et une forte impulsivité sont, globalement, les variables les plus utiles au diagnostic,
- ▶ L'absence d'impulsivité et d'instabilité affective permettrait, en général, d'infirmier celui-ci.



5. L'idée de troubles de la personnalité : DSM et CIM

5. L'idée de troubles de la personnalité : DSM et CIM

- ▶ La CIM-10 et le DSM-IV (idem V) proposent des critères généraux pour définir les aspects communs à tous les troubles de la personnalité, suivis de critères spécifiques pour caractériser les différents troubles spécifiques et pour les différencier les uns par rapport aux autres.
- ▶ Dans les deux systèmes, les critères généraux des troubles de la personnalité concernent six critères monothétiques, c'est-à-dire que chacun est obligatoirement requis pour le diagnostic.

5. L'idée de troubles de la personnalité : DSM et CIM

5.1. Critères diagnostics généraux des troubles de la personnalité

- ▶ DSM-5, chapitre des troubles de la personnalité, Aucun changement, selon la décision du APA Board of Trustees "to preserve continuity"
- ▶ Mot pour mot comme dans le DSM-IV-TR, excepté ...

5. L'idée de troubles de la personnalité : DSM et CIM

5.1. Critères diagnostics généraux des troubles de la personnalité

- ▶ DSM-5, chapitre des troubles de la personnalité, Aucun changement, selon la décision du APA Board of Trustees "to preserve continuity"

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

► Critères de la personnalité borderline selon le DSM-5

301.83 (F60.3)- Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

- ▶ 1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)
- ▶ 2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

- ▶ 3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
- ▶ 4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex. dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

- ▶ 5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.
- ▶ 6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).
- ▶ 7. Sentiments chroniques de vide.

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

- ▶ 8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).
- ▶ 9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

6. Tableau clinique de la BPL (DSM-5)

L'ensemble des critères recouvre les quatre principaux domaines d'expression de ce trouble de la personnalité :

- **Les perturbations des affects**
- **Les perturbations cognitives**
- **Les perturbations des relations interpersonnelles**
- **L'impulsivité**

7. Autres critères diagnostiques non retenus dans les classifications

)

7. Autres critères diagnostiques non retenus dans les classifications

L'ensemble des critères recouvre les quatre principaux domaines d'expression de ce trouble de la personnalité :

- **L'angoisse**
- **La pauvreté de la vie fantasmatique**
- **Troubles de l'humeur**
- **Fantaisies et comportements grandioses**
- **Critères psychanalytiques**

8. Autres symptômes rencontrés, non spécifiques, mais ayant des particularités dans la PBL

- ▶ **Troubles d'allure névrotique**
- ▶ **Toxicomanies et dépendances**
- ▶ **Autres troubles psychiatriques**

Critiques

- ▶ Un diagnostic fourre-tout
- ▶ Le TPB rassemble des symptômes très hétérogènes : instabilité émotionnelle, impulsivité, troubles de l'identité, peur de l'abandon, automutilations...
- ▶ Deux patients peuvent avoir 5 critères sur 9 sans partager aucun symptôme en commun, ce qui affaiblit la cohérence diagnostique.
- ▶ Critique : on parle parfois du TPB comme d'un "syndrome des souffrances psychiques" mal catégorisées.

Critiques

- ▶ Instabilité du concept à travers le temps
- ▶ Historiquement, "borderline" désignait la frontière entre névrose et psychose dans les années 1930-1960.
- ▶ Aujourd'hui, cela désigne plutôt une instabilité émotionnelle et identitaire.
- ▶ Critique : la définition a tellement changé qu'elle manque de rigueur conceptuelle.

9. Méthodes d'évaluation de la PBL

9. Méthodes d'évaluation de la PBL

Le Diagnostic Interview for Borderline (DIB)

La borderline personality scale (BPS)

Le SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders

Le SCID II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders

10. Étiologie : différentes approches

10. Étiologie : différentes approches

10.1. Éléments psychanalytiques

Dans une perspective psychanalytique, le noyau central de la pathologie limite est situé autour de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet, à l'origine d'une constante « dépressive » selon Bergeret.

Une définition classique de l'état limite associe des modes de fonctionnement névrotiques et psychotiques, variables en proportion selon les sujets.

10. Étiologie : différentes approches

10.1. Éléments psychanalytiques

Le conflit est externalisé, la réalité externe et ses objets d'étayage y sont surinvestis, marquant une forte dépendance à l'environnement, à l'origine d'une lutte contre les fantasmes destructeurs qui lui sont associés.

La réalité interne est défailante et l'absence de fantasmatisation en est le témoin

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

La réflexion autour de la place des expériences traumatiques dans la constitution de la personnalité borderline a inspiré notamment les travaux des théoriciens de l'attachement.

De fait, l'existence d'un lien spécifique entre un vécu de maltraitance infantile (et particulièrement celui de l'abus sexuel) et le développement d'une personnalité borderline selon Paris en 1993 fait l'objet d'un relatif consensus

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible



Plus précisément, pour Zanarini et al., **92 %** des sujets borderline rapportent des antécédents de négligences, **25 % à 73 %** rapportent un abus physique, et **40 % à 76 %** un ou des abus sexuels.

Pour Fonagy, le développement d'une personnalité borderline résulterait de la conjonction d'un bas niveau de capacité réflexive et d'expériences traumatiques.

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

On retrouve fréquemment chez les figures d'attachement de ces enfants des comportements contradictoires, menaçants ou hostiles, ou encore exprimant l'impuissance, en réponse aux sollicitations de l'enfant en situation de détresse.

Ces comportements désorganisant ne permettent pas la constitution d'une représentation cohérente de soi et des autres et entretiennent la mise en place de comportements de contrôle aggravant en retour le sentiment d'impuissance de la figure d'attachement.

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

Les réponses que l'enfant recevra de ses parents seront internalisées et constitueront ce que Bowlby (1973) a appelé des **Modèles Internes Opérants (MIO)**.

Les MIO sont des représentations mentales dynamiques partiellement conscientes, construites au fil des interactions, qui guident les modes de relation d'une personne avec autrui. Selon Bowlby, ces MIO seraient déterminés par le concept de soi et le concept d'autrui

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

La sémiologie du TPB renvoie à des difficultés relatives à ces deux concepts

10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

Le DSM-IV-TR indique que le patient borderline présente des difficultés de régulation émotionnelle : instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur, colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère, impulsivité.

Un attachement de mauvaise qualité dans l'enfance pourrait donc affecter l'image de soi, l'établissement de relations interpersonnelles et la gestion des émotions et ainsi **constituer un facteur de vulnérabilité au développement d'un TPB à l'âge adulte.**



10. Étiologie : différentes approches

10.2. Attachement impossible

Deux études sont longitudinales :

Lyons-Ruth, 2008 et Kobak et al., 2009

10. Étiologie : différentes approches

10.3. Approche cognitive

Modèle biosocial de Linehan. Celui-ci postule, selon un point de vue neurodéveloppemental, que la personnalité borderline est due à une **dysrégulation émotionnelle** et émerge dans l'interaction entre une vulnérabilité biologique (facteur de risque d'impulsivité ou de sensibilité émotionnelle notamment), et des facteurs environnementaux

10. Étiologie : différentes approches

10.3. Approche cognitive

Schémas de cognitions dysfonctionnelles, dans lesquelles le sujet borderline se perçoit lui-même comme **impuissant et vulnérable**, et envisage le monde autour de lui comme **dangereux et malveillant**

10. Étiologie : différentes approches

10.4. Approche biologique

Deux hypothèses psychobiologiques sont proposées :

- une dysrégulation émotionnelle sous-tendue par un **système noradrénergique** hyper-réactif,
- un mauvais contrôle comportemental basé sur une **modulation sérotoninergique réduite**.

Le trouble de personnalité borderline est en grande partie

10. Étiologie : différentes approches

10.4. Approche biologique

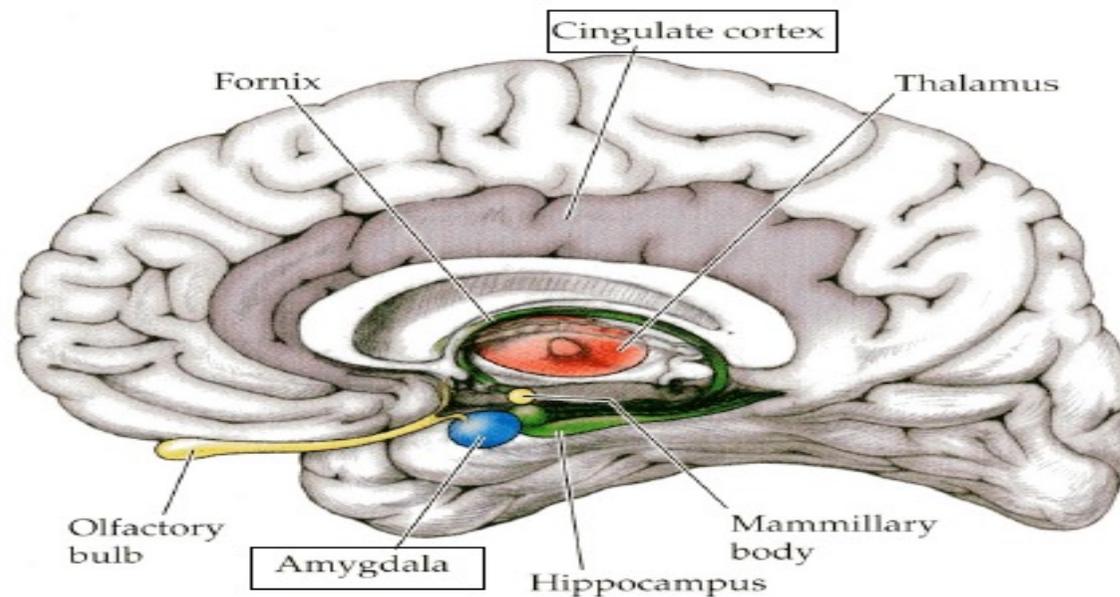
Le trouble de personnalité borderline est en grande partie génétique selon une recherche américaine et néerlandaise : **42%** de la variation dans les caractéristiques de la personnalité borderline sont attribuables à l'influence génétique et **58%** à l'influence environnementale.

Le trouble PBL est 5 fois plus fréquent chez les parents biologiques au premier degré

10. Étiologie : différentes approches

10.4. Approche biologique

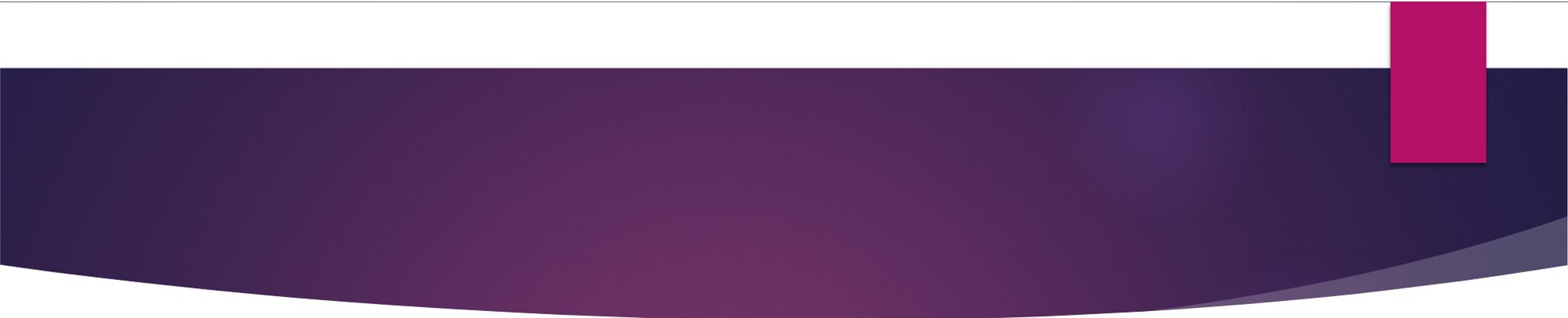
Figure 1. Coupe sagittale encéphalique : localisation de l'amygdale et du cortex cingulaire.



11. Différences entre PBL et TC



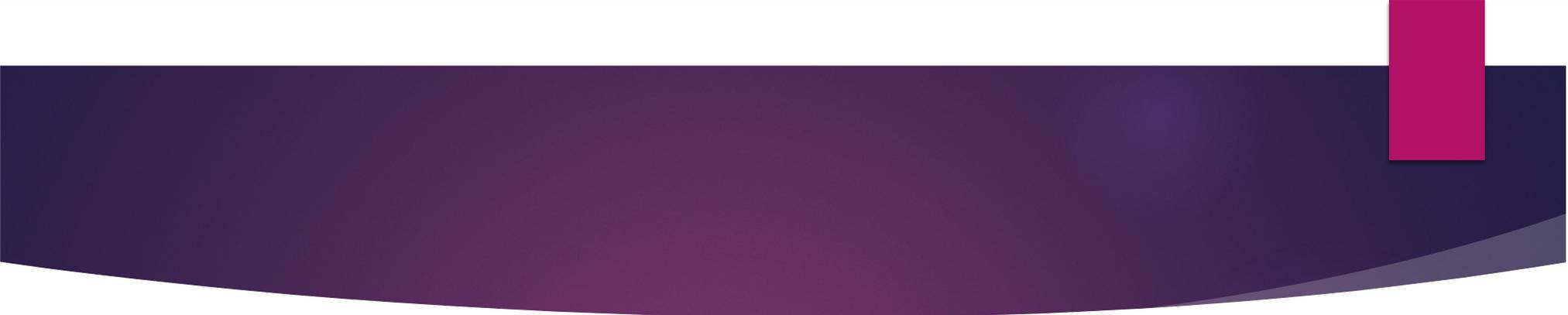
	Trauma complexe (C-PTSD)	Personnalité borderline (TPB)
Origine	Exposition prolongée à des traumatismes relationnels (abus, négligences, violences précoces).	Facteurs multiples : trauma précoce, vulnérabilités biologiques, attachement insécure.
Symptômes centraux	Dysrégulation émotionnelle, perturbation de l'identité, difficultés relationnelles, symptômes dissociatifs, honte, culpabilité.	Instabilité émotionnelle, impulsivité, peur de l'abandon, identité fluctuante, relations chaotiques, colère intense.
Diagnostic officiel	DSM-5 ne reconnaît pas encore officiellement le C-PTSD (reconnu par CIM-11).	Diagnostic reconnu par DSM-IV et DSM-5.
Temporalité du symptôme	Vue comme secondaire à un contexte traumatique spécifique.	Vue comme un trouble structurel de la personnalité, plus profond et omniprésent.



1. Lien au traumatisme

Trauma complexe : Le trauma est à la racine du problème. La plupart des symptômes sont directement explicables par une histoire d'abus ou de négligence chronique.

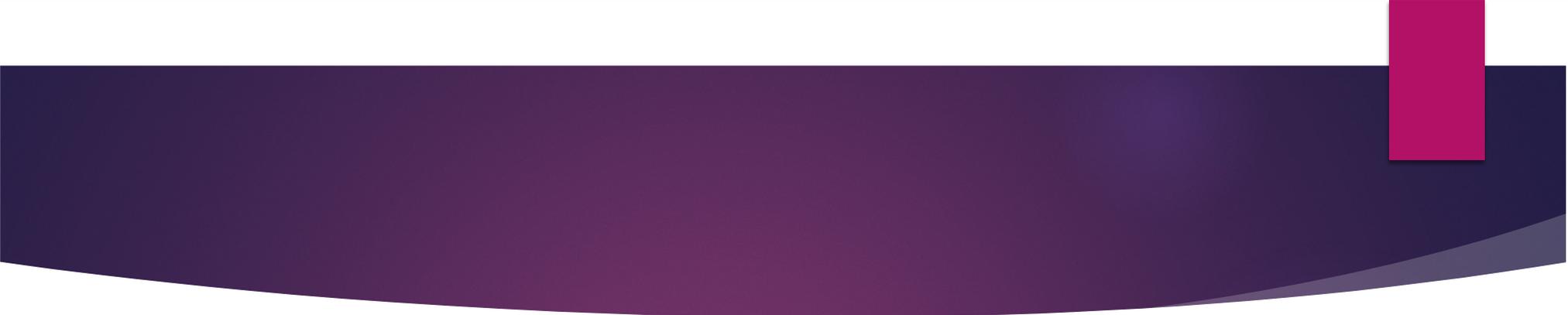
Borderline : Un traumatisme peut être présent (souvent), mais le TPB est vu comme un trouble structurel de la personnalité. Il existe parfois des traits borderline sans antécédents clairs de trauma.



2. Identité

C-PTSD : La perturbation de l'identité est liée au trauma (ex : honte extrême, sentiment d'être "cassé").

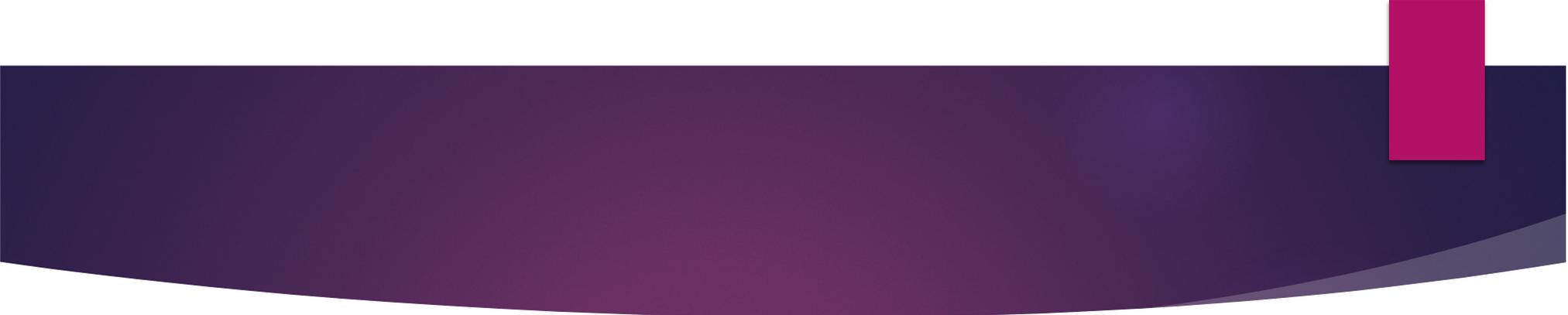
TPB : L'identité est plus fondamentalement instable : l'image de soi change en fonction des circonstances et des relations (ex : "je suis génial" → "je suis nul" en quelques heures).



3. Régulation émotionnelle

C-PTSD : Hyperactivation émotionnelle liée à des souvenirs traumatiques ou à des déclencheurs spécifiques.

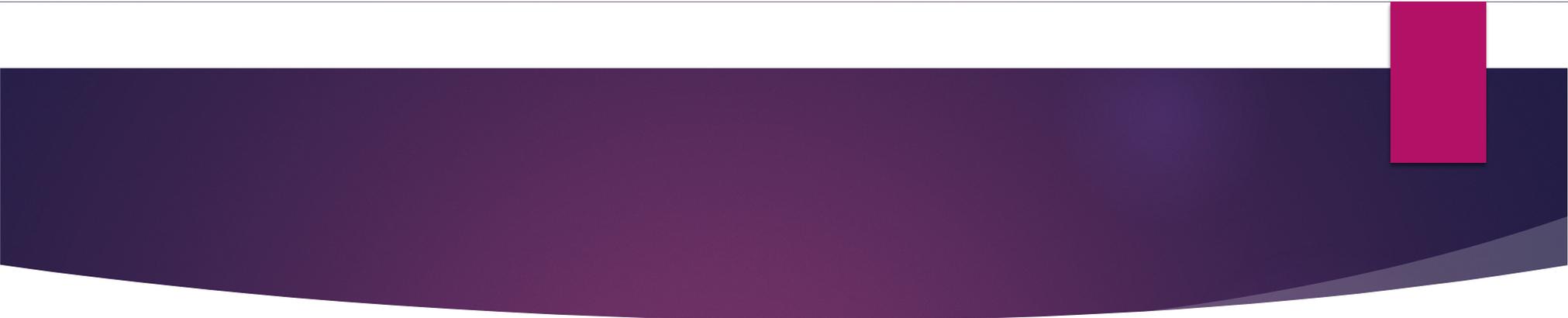
TPB : Dysrégulation émotionnelle permanente, même sans déclencheur clair. Les émotions montent très vite et très fort.



4. Relations interpersonnelles

C-PTSD : Tendance à l'évitement relationnel, peur de la proximité par méfiance (défiance basée sur la mémoire traumatique).

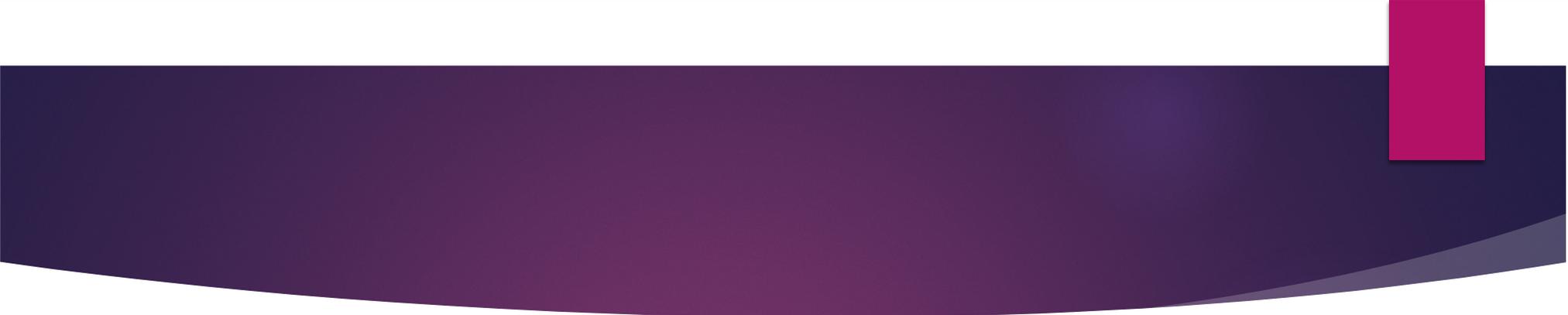
TPB : Besoin intense de relations MAIS extrême instabilité dans les relations (idéalisations → dévalorisations rapides, peur panique de l'abandon).



5. Comportements impulsifs

C-PTSD : Moins fréquent ou plus circonstanciel (par ex., automutilation en réaction à une dissociation ou un souvenir traumatique).

TPB : Très fréquent (automutilation, toxicomanie, conduites sexuelles à risque), souvent pour gérer des affects intenses.



6. Organisation de la personnalité

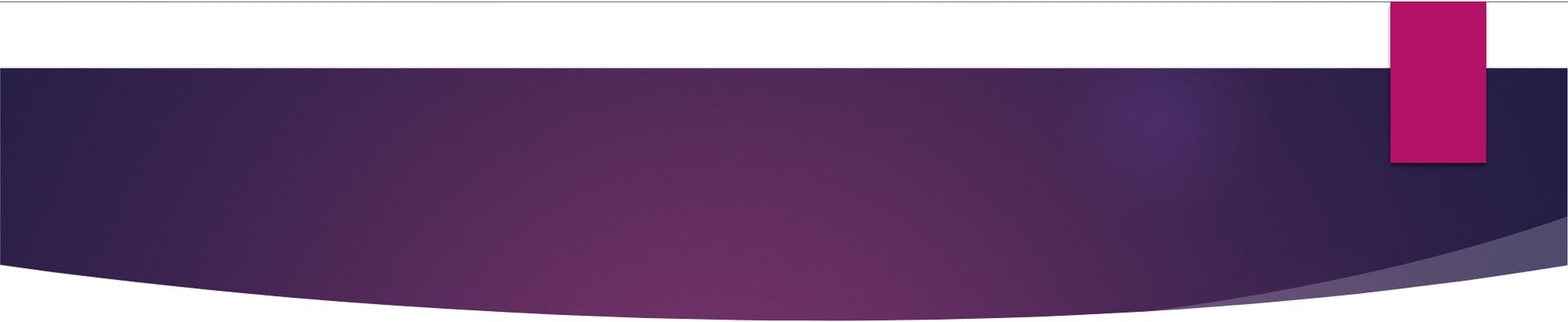
C-PTSD :

La structure de la personnalité reste globalement cohérente : la personne a un "noyau stable" de soi, bien que ce noyau soit profondément blessé par le traumatisme & fragmentation identitaire

Fonction du Moi : souvent intacts (réalité préservée, jugement conservé, capacité de planification).

Altération secondaire à l'histoire traumatique.

Exemples : "Je me sens cassé à l'intérieur, mais je sais qui je suis."



6. Organisation de la personnalité

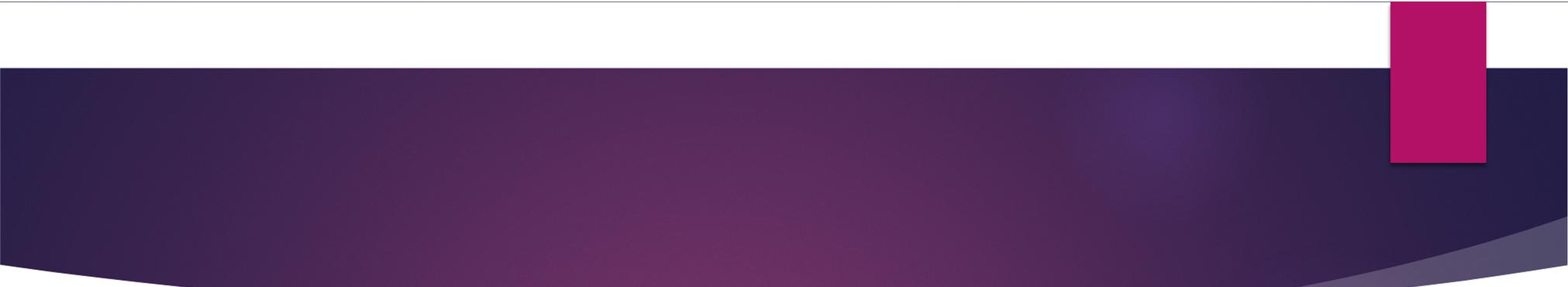
TPB :

Trouble plus structural, plus proche d'une organisation limite : instabilité chronique du soi, faux-self

Fonction du Moi : affectées (impulsivité, distorsions cognitives ponctuelles, dissociation sous stress).

Instabilité émotionnelle et relationnelle ancrée dans la structure de la personnalité.

Exemples : "Je ne sais pas qui je suis selon les jours" ; "Je suis ce que les autres pensent de moi."



8. Relation au temps (passé-présent-futur)

C-PTSD :

L'histoire traumatique est en arrière-plan et ressurgit par intrusions, flashbacks, cauchemars.

Difficulté à se projeter dans l'avenir mais conscience claire de la continuité temporelle ("Je sais ce qui m'est arrivé").

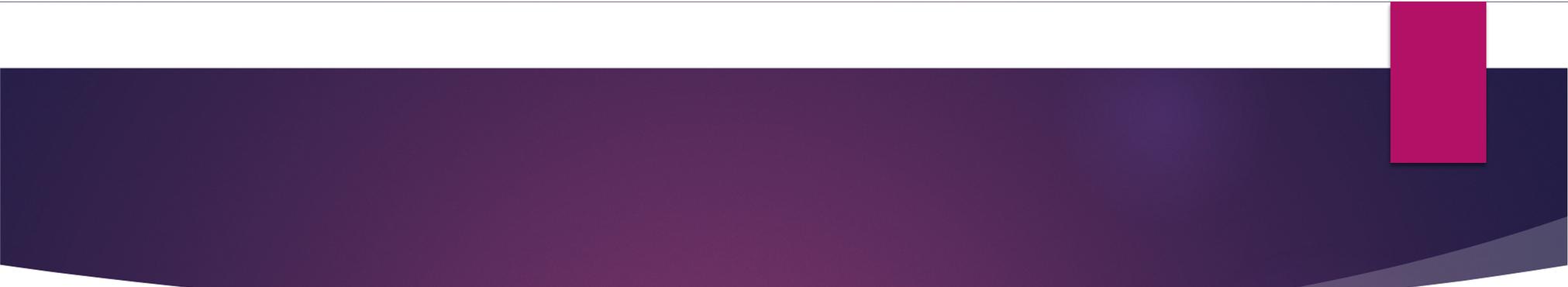
Exemple : "Je ne peux pas avancer à cause de ce qui s'est passé."

TPB :

Sens du temps souvent perturbé : les affects du moment envahissent tout (ex : "Je souffre maintenant, donc je souffrirai toujours").

Impression que les émotions intenses effacent passé et futur.

Exemple : "Aujourd'hui tu ne m'aimes pas → Donc tu ne m'as jamais aimé → Et personne ne m'aimera jamais."



9. Relation aux émotions

C-PTSD :

Évitement des émotions douloureuses (anesthésie émotionnelle) ou explosions émotionnelles en lien avec les souvenirs traumatiques.

Sentiment de honte et de culpabilité très massif, souvent intériorisé.

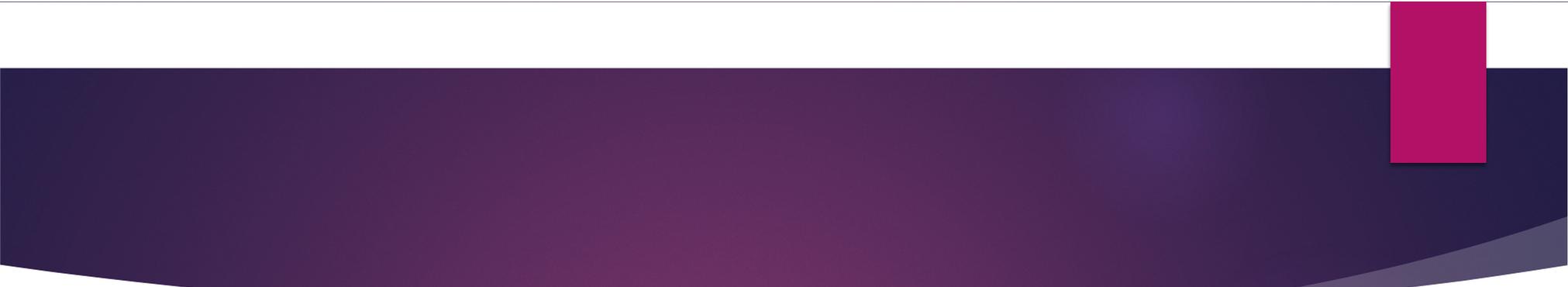
Émotions perçues comme menaçantes mais pas intrinsèquement instables.

TPB :

Instabilité émotionnelle permanente : émotions intenses et rapides, passant de l'euphorie à la rage ou au désespoir en quelques heures.

Difficulté majeure à identifier, nommer, réguler les émotions.

Les affects sont souvent projetés dans les relations (ex : colère contre l'autre pour ressentir sa propre souffrance).



10. Relation aux autres

C-PTSD :

Méfiance envers les autres, peur de la proximité émotionnelle par peur de souffrir à nouveau.

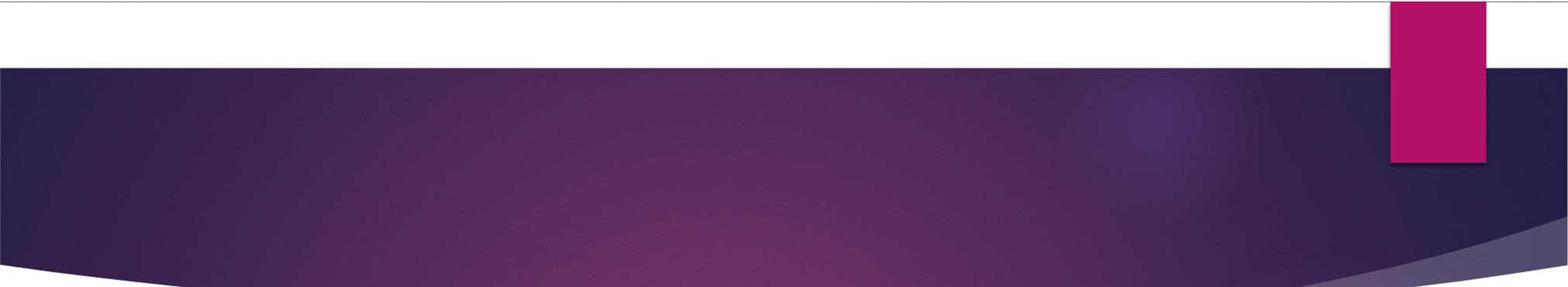
Mais capacité à établir des relations stables si le sentiment de sécurité est restauré.

TPB :

Besoin désespéré d'attachement couplé à une peur panique de l'abandon.

Relations très instables : alternance d'idéalisation ("tu es tout pour moi") et de dévalorisation ("tu es horrible, je te hais") parfois en quelques heures.

Les ruptures ou séparations, même mineures, déclenchent souvent des réactions émotionnelles explosives ou suicidaires.



11. Gestion des crises

C-PTSD :

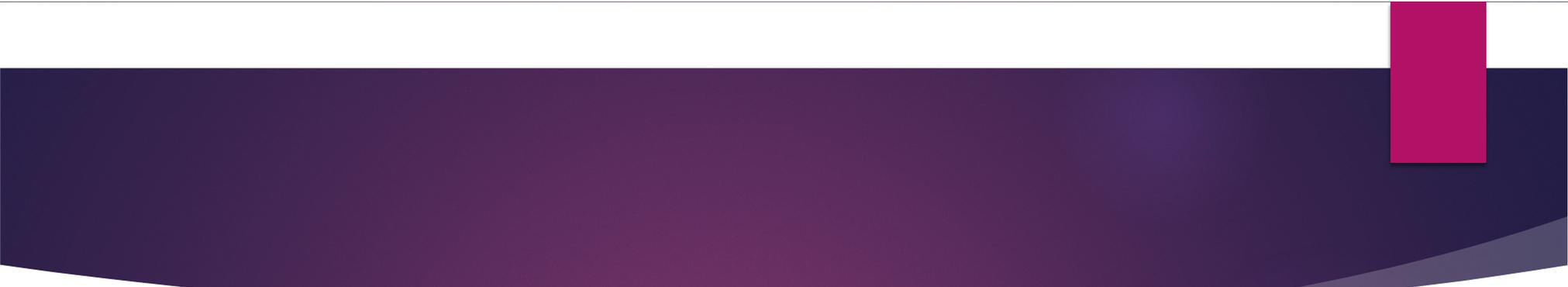
Déclenchement de crise en présence de souvenirs ou de situations traumatiques (flashbacks, hypervigilance, dissociation défensive).

La crise est souvent réactive à un stimulus identifiable.

TPB :

Crises émotionnelles plus fréquentes, sans besoin de stimulus clair.

Crises souvent déclenchées par des dynamiques relationnelles internes ("Il/elle ne m'a pas répondu → Je suis abandonné → Ma vie est finie").



12. Mécanismes de défense dominants

C-PTSD :

Dissociation,

Hypercontrôle émotionnel,

Évitement,

Anesthésie émotionnelle.

TPB :

Clivage (tout bon / tout mauvais),

Projection,

Idéalisation / dévalorisation,

Dissociation secondaire sous stress.