



La santé mentale des adolescents

UE 2021 EC2

Professeur Cyril Tarquinio

Directeur-adjoint UMR 1319 INSPIRE - Université de Lorraine, Inserm

Tel: +33 (0)6.70.30.30.52

Directeur Centre Pierre Janet - <https://centrepierrejanet.univ-lorraine.fr/>

Editor-in-Chief of the European Journal of Trauma and Dissociation (Elsevier) -

Associate-Editor aux Annales Médico-Psychologiques

Responsable de la Licence 1 de psychologie de l'Université de Lorraine (site de Metz)

1. La santé Mentale

2. La santé mentale des enfants et des adolescents

3. Les causes de cette mauvaise santé mentale

4. Sur la notion de psychotraumatisme

5. Focus...Le traumatisme complexe

1. Santé et santé mentale

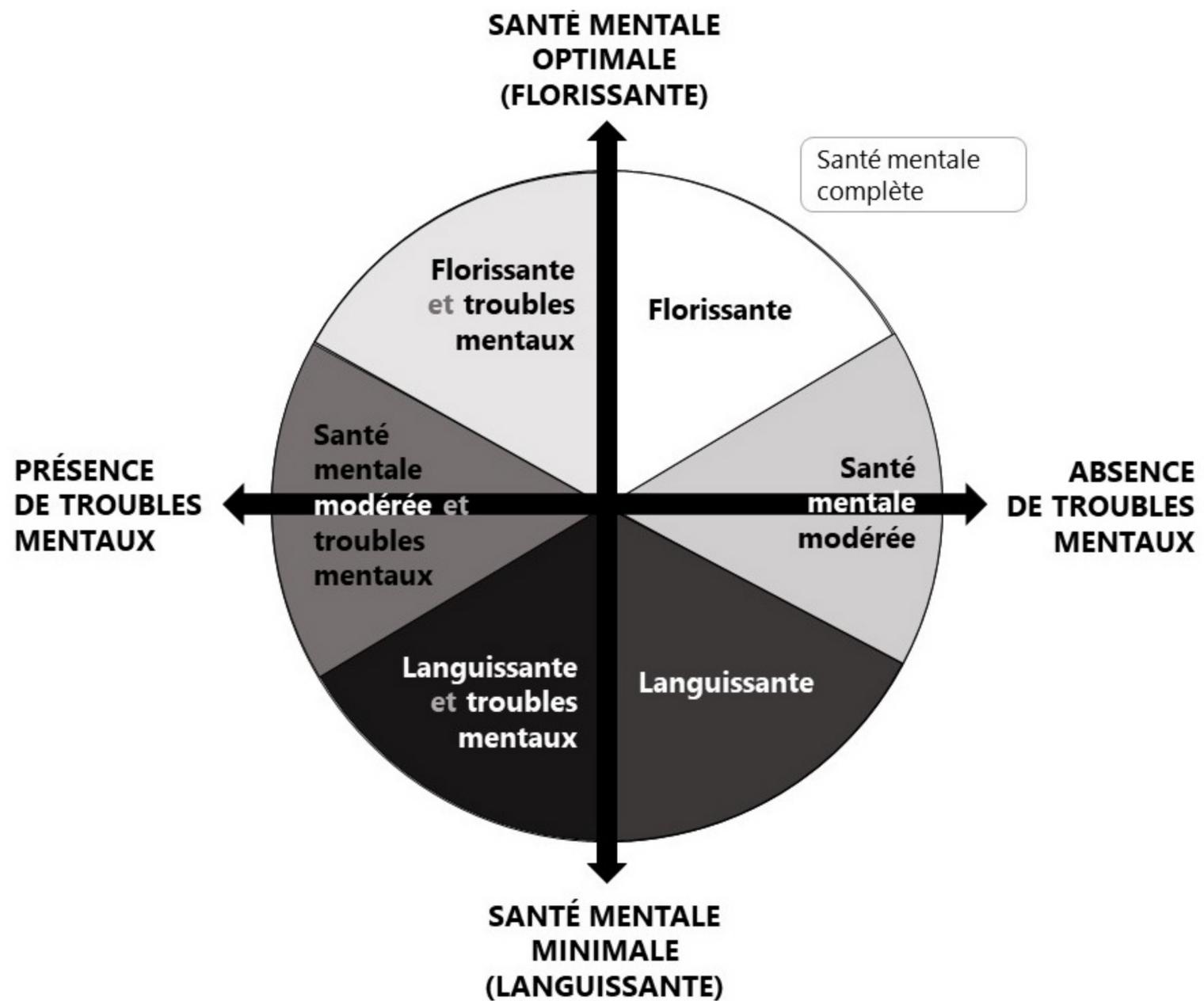
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948)

L'OMS nous rappelle qu' « **il n'y pas de santé sans santé mentale** ».

Être en bonne santé, c'est par conséquent être en bonne santé physique et mentale : nous avons tous une santé mentale.

En 2001, dans son Rapport sur la santé mentale : une nouvelle conception, de nouveaux espoirs, l'OMS a précisé que la santé mentale :

"est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à sa communauté."



Distinguer la santé mentale des troubles mentaux : le modèle du double continuum

La santé mentale a longtemps été conçue comme simplement l'absence de troubles mentaux.

On penche davantage aujourd'hui pour une conceptualisation où santé mentale et troubles mentaux ne sont pas à l'opposé d'un même continuum. **Ils peuvent coexister.**

Les personnes qui présentent une santé mentale languissante ressentent « un état de vide dans lequel [elles] n'éprouvent qu'un faible niveau de bien-être émotionnel, psychologique et social, sans nécessairement rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble dépressif »

Interconnexion entre santé mentale et santé physique

Impact mutuel direct :

Une mauvaise santé mentale peut entraîner des problèmes de santé physique. Par exemple :

Dépression → associée à des maladies cardiovasculaires, au diabète, ou à l'hypertension.

Anxiété chronique → impacte le système immunitaire et favorise les troubles digestifs.

Interconnexion entre santé mentale et santé physique

Lien neurobiologique :

Le stress psychologique déclenche la **libération de cortisol**, qui, à long terme, peut affecter la santé physique (système immunitaire affaibli, maladies métaboliques).

Les **maladies inflammatoires chroniques** influencent également le fonctionnement du cerveau, augmentant les risques de troubles de santé mentale.

Une mauvaise santé physique peut aggraver les troubles mentaux.

2. La santé mentale des adolescents

Pandémie de Covid-19, guerre en Ukraine, guerre entre Israël et le Hamas, attentats terroristes, assassinats d'enseignants, crise climatique, intensification du rythme scolaire et de travail – la **santé mentale des jeunes, exposés à ces évènements violents, semble au plus bas et a rarement autant été un objet de débat public.**

L'étude Enclass, qui fait partie du dispositif d'enquête européen Health and Behavior in School-Aged Children (HBSC) et qui a interrogé environ 11 000 jeunes a montré qu'en 2018, **32 %** des élèves de 4e et 3e étaient à **risque de dépression**, en particulier les filles (41 % vs. 23 % des garçons). **Respectivement 13 % et 5 % des filles et des garçons avaient des symptômes nécessitent des soins.**

La dépression est un trouble mental

Chez les adolescents, elle peut aussi se manifester par une irritabilité accrue, une baisse de motivation scolaire ou des comportements à risque. La dépression n'est pas une simple "mauvaise passe" : elle nécessite une prise en charge médicale et psychologique adaptée.

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION

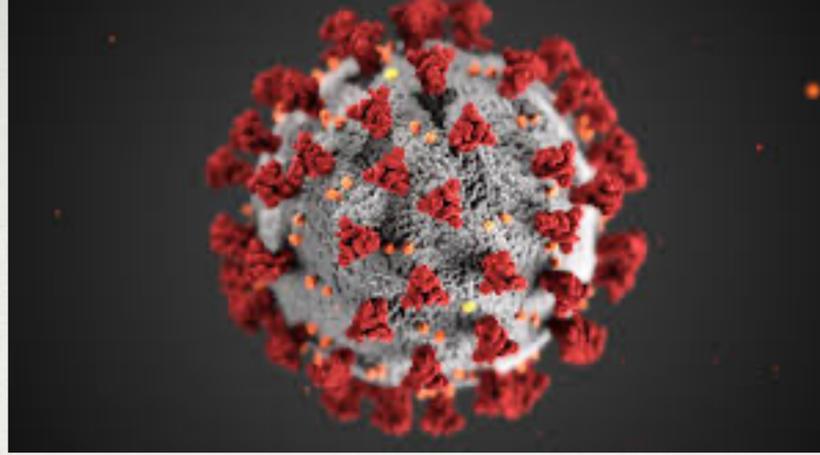


Au lycée, le risque de dépression augmente, avec **36 %** des jeunes (45 % des filles et 27 % des garçons) concernés et, respectivement, **18 et 8 % des garçons et des filles ayant un trouble dépressif nécessitant une prise en charge médicale.**

Ces indicateurs se sont dégradés dans le temps, la proportion de jeunes rapportant des signes de **nervosité et d'irritabilité** ayant augmenté entre 2010 et 2018 (de 21 à 28 % pour la nervosité et de 22 à 27 % pour l'irritabilité, chez les collégiens concernés). De la même manière, la proportion d'adolescents indiquant avoir des **difficultés à s'endormir** a également connu une hausse (de 31 à 37 % entre 2010 et 2018).

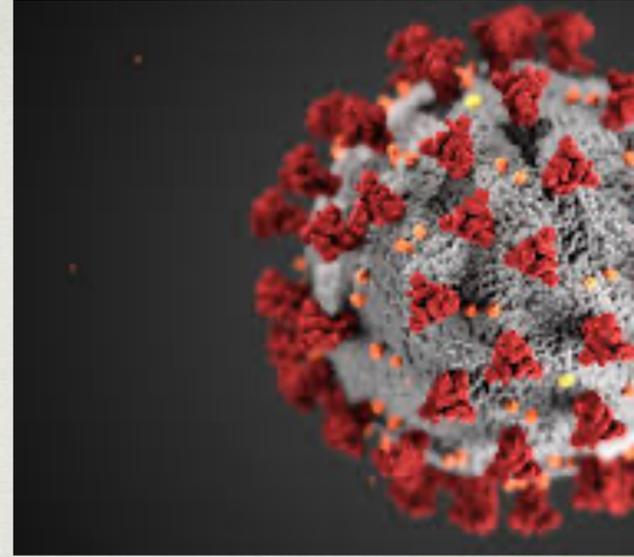
Le Baromètre Santé, une enquête réalisée par Santé publique France auprès d'un échantillon représentatif de la population française, montre qu'entre 2005 et 2021, la prévalence de la dépression est passée de 9 % à 20 % chez les 18-24 ans et de 8 % à 15 % chez les 25-34 ans.

Aucun autre groupe de la population ne connaît une dynamique si délétère ni une santé mentale aussi dégradée.

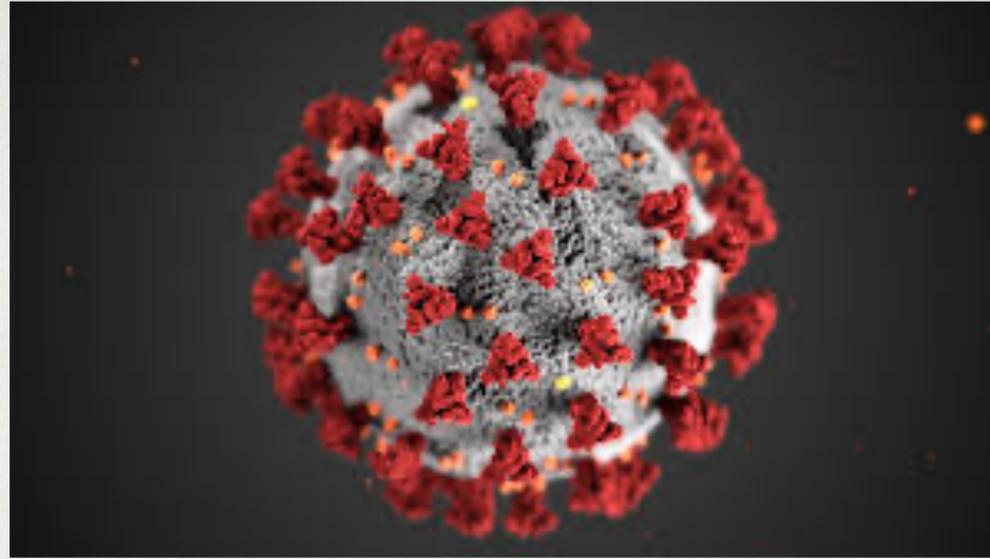


La détérioration de la santé mentale des jeunes a été particulièrement marquée à partir de la crise sanitaire liée au Covid-19, qui a causé plus de **116 000** décès.

La détérioration de la santé mentale des jeunes a été particulièrement marquée à partir de la crise sanitaire liée au Covid-19, qui a causé plus de **1 16 000 décès**.



En 2020, d'après les données de l'étude ÉpiCov, menée conjointement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la Direction de la recherche et des études statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales auprès d'un échantillon représentatif de plus de 100 000 personnes, **22 % des 15 à 24 ans** déclaraient des symptômes de dépression (par rapport à 13 % dans l'ensemble de la population), c'est-à-dire **un taux deux fois plus élevé** qu'avant la pandémie de Covid-19.



L'enquête Coviprev, menée par Santé publique France auprès d'un échantillon de 2 000 personnes entre mars 2020 et décembre 2022, a aussi montré des taux élevés de symptômes **d'anxiété (43 %) et de dépression (22 %)** chez les 18-24 ans, qui ont perduré après la fin de la pandémie de Covid-19.

Il existe en réalité plusieurs types de troubles anxieux : l'anxiété généralisée, le trouble panique, les phobies spécifiques, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété de séparation. Leurs symptômes, très variables d'une personne à l'autre, sont de nature :

psychologiques : irritabilité, impulsivité, peur irrationnelle, difficulté à se concentrer, baisse des performances intellectuelles, incapacité à faire des projets, vision négative de l'avenir...

physiques : troubles digestifs, douleurs, insomnies, fatigue, maux de tête, vertiges...

6 sous-types de troubles

- anxiété **généralisée**
- trouble **panique**
- **phobies** spécifiques
 - **agoraphobie**
 - anxiété **sociale**
- anxiété de **séparation**

L'anxiété chez l'enfant/adolescent

Les troubles anxieux débutent majoritairement pendant l'enfance ou à l'adolescence.

Et plus les manifestations débutent tôt, plus la maladie risque d'être sévère par la suite.

Malgré cette sévérité potentielle, ces troubles sont souvent **négligés** chez les plus jeunes en raison de leur **méconnaissance** de la part de **l'entourage** et d'une réticence au diagnostic par peur « de figer les choses », « d'étiqueter » les enfants concernés, mais aussi de les traiter à l'aide de médicaments psychotropes alors que leur cerveau est en développement.

L'anxiété chez l'enfant/adolescent

Pourtant, cette pathologie représente souvent un **handicap sévère pour les enfants et les adolescents qui en souffrent** : elle entraîne un appauvrissement relationnel et une restriction du champ des activités, qui altèrent l'accession à l'autonomie et à l'indépendance.

Le dépistage précoce et une prise en charge adaptée doivent progresser dans ces tranches d'âges.



En septembre 2021, une étude acceptée dans la revue *The Lancet Planetary Health* s'était intéressée à cette population, menant une enquête auprès de plus de 10 000 adolescents et jeunes adultes (16-25 ans), dans 10 pays, pour comprendre leurs perceptions du changement climatique et la manière dont cela affectait leur santé mentale. Les résultats sont sans appel : **84 % des répondants disaient être inquiets face à ce phénomène (59 % très inquiets)** et plus de la moitié se sentaient en colère, coupables ou impuissants. Ces chiffres ont permis de mettre en lumière un phénomène de plus en plus souvent évoqué ces dernières années : **l'éco-anxiété.**



En septembre 2021, une étude acceptée dans la revue *The Lancet Planetary Health* s'était intéressée à cette population, menant une enquête auprès de plus de 10 000 adolescents et jeunes adultes (16-25 ans), dans 10 pays, pour comprendre leurs perceptions du changement climatique et la manière dont cela affectait leur santé mentale. Les résultats sont sans appel : **84 % des répondants disaient être inquiets face à ce phénomène (59 % très inquiets)** et plus de la moitié se sentaient en colère, coupables ou impuissants. Ces chiffres ont permis de mettre en lumière un phénomène de plus en plus souvent évoqué ces dernières années : **l'éco-anxiété.**

Dans un rapport, l'American Psychological Association (APA) a bien défini l'éco-anxiété comme « a chronic fear of environmental doom », c'est-à-dire la peur **chronique d'une catastrophe environnementale**.

Pour la plupart des chercheurs, il est donc important de préciser qu'il ne s'agit **pas d'une maladie mentale**, mais d'une anxiété qui serait en fait **une réponse rationnelle et saine face à la gravité des problématiques environnementales**. Il conviendrait donc de ne pas « pathologiser » l'éco-anxiété.

Étudier l'éco-anxiété chez les enfants

Le concept d'éco-anxiété est surtout étudié chez les adolescents et les adultes car il n'est pas aussi simple d'interroger les enfants sur leurs perceptions du phénomène. Dans ses travaux, la pédopsychiatre et chercheuse Inserm Laelia Benoit s'est intéressée à plus de 100 enfants à partir de 6 ans vivant aux États-Unis, en France et au Brésil.

Elle montre que si les enfants ne semblent pas être anxieux, **la problématique du changement climatique les préoccupe tout de même et qu'ils se posent des questions**

Étudier l'éco-anxiété chez les enfants

« Lorsque les enfants savent que leurs parents agissent au quotidien en faveur du climat, ils se sentent rassurés. Cependant, de nombreux parents font des gestes écologiques (réduire leurs déchets, éviter d'utiliser la voiture...) sans expliquer leur motif aux enfants, par crainte de les inquiéter. C'est une erreur. Les enfants sont ravis de comprendre les choix de leurs parents et ils sont enthousiastes à l'idée d'aider eux aussi la planète. Parler ensemble de ce sujet difficile peut renforcer le lien parent-enfant. Au contraire, s'ils ont l'impression à l'adolescence que leur famille n'est pas intéressée par l'écologie – puisque c'est un sujet tabou – ils se sentiront trahis par la génération précédente et nourriront de la rancœur », explique la chercheuse.

Ces tendances sont confirmées par les données médicales qui montrent une augmentation des recours aux soins d'urgence pour troubles de l'humeur, idées et gestes suicidaires chez les 11-24 ans depuis 2021 et qui restent à des niveaux élevés en 2023.



Une **combinaison de facteurs** psychologiques, sociaux et physiques peut contribuer au risque de suicide d'un individu. La crise suicidaire correspond à leur conjonction, à un instant t de vulnérabilité psychique. C'est en quelque sorte la goutte d'eau qui fait déborder le vase.



Il peut s'agir de l'accumulation **d'événements adverses** (harcèlement scolaire conjugué au divorce des parents ou au décès d'un proche par exemple) qui participera à un état de mal être pouvant se traduire par une dégradation des résultats scolaires, ce qui va induire une **diminution de l'estime de soi**, sur quoi peut se greffer un événement précipitant comme une dispute dans le cercle amical, habituellement soutenant pour ce jeune...

Tout à coup, cette accumulation fait que l'adolescent a l'impression que plus rien ne va dans sa vie, ce qui peut amener à un moment de fragilité qui précipite le passage à l'acte.

Les filles ont davantage, dans l'expression de leur souffrance psychique ou de leur détresse, recours aux tentatives de suicide, avec souvent des moyens qui **engagent moins le pronostic vital**, des prises médicamenteuses, alors que pour les suicides qu'on dit "complétés", c'est-à-dire suivis d'un décès, ce sont plus les garçons et les hommes.



Le suicide n'est pas une fatalité et il est important de savoir en détecter les potentiels signes avant-coureurs. On peut ainsi aider la personne qui se trouve dans une situation de détresse à entrevoir d'autres alternatives qu'un acte radical.

Les changements de comportement sont des indicateurs importants.

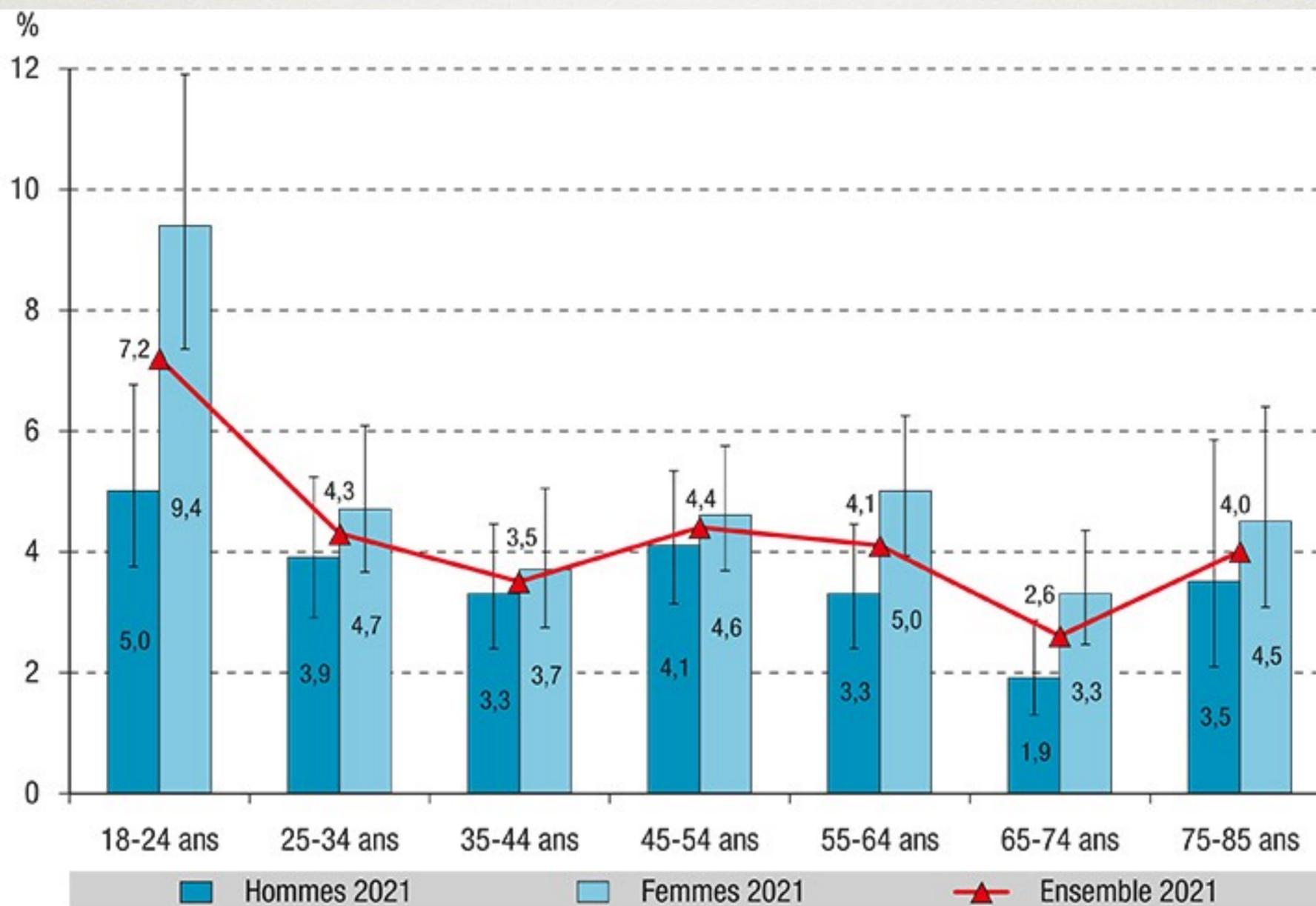
S'il est normal qu'un ado passe du temps dans sa chambre lorsque

l' De même s'il arrête d'écouter de la musique alors qu'il aimait cela,

si s'il n'a plus d'appétit alors qu'il appréciait la nourriture, s'il

s' Déceler une tristesse, l'expression d'un sentiment de fatalité (« la vie ne sert à rien »), constater des conduites à risque (scooter, pratiques sexuelles, fréquentes prises d'alcool ou de drogue...) doit aussi alerter.

Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des 12 derniers mois chez les 18-85 ans, selon le sexe et la classe d'âge, en 2021, France métropolitaine



Note : les bornes de l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a une probabilité de 95% de se situer entre 3,7% et 6,8%.

Note de lecture : 5,0% des hommes âgés de 18-24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois vs 9,4% des femmes du même âge.

Source : Baromètre santé 2021, Santé publique France.

3. Les causes de cette mauvaise santé mentale

Les causes de la mauvaise santé mentale chez les adolescents sont multiples et souvent interdépendantes. Voici quelques facteurs principaux classés en catégories :

I. Facteurs individuels

Changements biologiques et hormonaux :

L'adolescence est marquée par des fluctuations hormonales qui peuvent influencer les émotions et le comportement.

Les changements dans le cerveau, notamment au niveau du cortex préfrontal (responsable de la prise de décision et du contrôle des impulsions), augmentent la vulnérabilité au stress.

Prédispositions génétiques :

Des antécédents familiaux de troubles mentaux, comme la dépression ou les troubles anxieux, augmentent les risques.

Pressions liées à l'identité :

Recherche d'identité personnelle et sociale, souvent accompagnée de doutes et de peur de ne pas correspondre aux attentes.

II. Facteurs sociaux et environnementaux

Pressions académiques

Les attentes élevées des parents et des enseignants peuvent engendrer un stress chronique, conduisant à des troubles anxieux ou dépressifs.

Problèmes familiaux

Conflits familiaux, séparation ou divorce des parents, violence domestique ou négligence peuvent fortement impacter la santé mentale des adolescents.

Le manque de soutien émotionnel est également un facteur de risque majeur.

Usage excessif des réseaux sociaux :

Comparaison constante aux autres, cyberintimidation et dépendance numérique augmentent les sentiments d'insécurité et d'inadéquation.

La surcharge d'informations négatives sur internet peut aggraver les sentiments de désespoir.

III. Facteurs culturels et societaux

Stigmatisation autour des troubles mentaux :

Les adolescents hésitent souvent à demander de l'aide en raison de la peur d'être jugés ou stigmatisés.

Inégalités socio-économiques :

La pauvreté, l'insécurité alimentaire ou le manque d'accès aux soins augmentent le stress et la prévalence des troubles mentaux.

Crises mondiales :

Pandémies (comme le COVID-19), guerres ou catastrophes naturelles peuvent générer de l'anxiété, de la dépression ou du stress post-traumatique chez les adolescents.

IV. Facteurs liés au mode de vie

Manque de sommeil :

L'adolescence est souvent associée à un mauvais sommeil en raison des horaires irréguliers et de l'utilisation prolongée des écrans.

Le manque de sommeil perturbe l'humeur, augmente l'irritabilité et réduit la résilience au stress

Consommation de substances :

L'usage précoce de drogues, d'alcool ou de tabac est souvent lié à des troubles mentaux comme la dépression ou les troubles anxieux.

Activité physique insuffisante :

Le manque d'exercice est associé à un risque accru de troubles de l'humeur.

V. Expériences traumatiques (Cf plus loin)

Violences et abus :

Les adolescents victimes d'abus physique, émotionnel ou sexuel sont particulièrement à risque.

Pertes ou changements majeurs :

La perte d'un proche, un déménagement ou un changement d'école peuvent provoquer des sentiments d'instabilité et d'isolement.

VI. Influence des systèmes éducatifs et de santé

Systemes scolaires rigides :

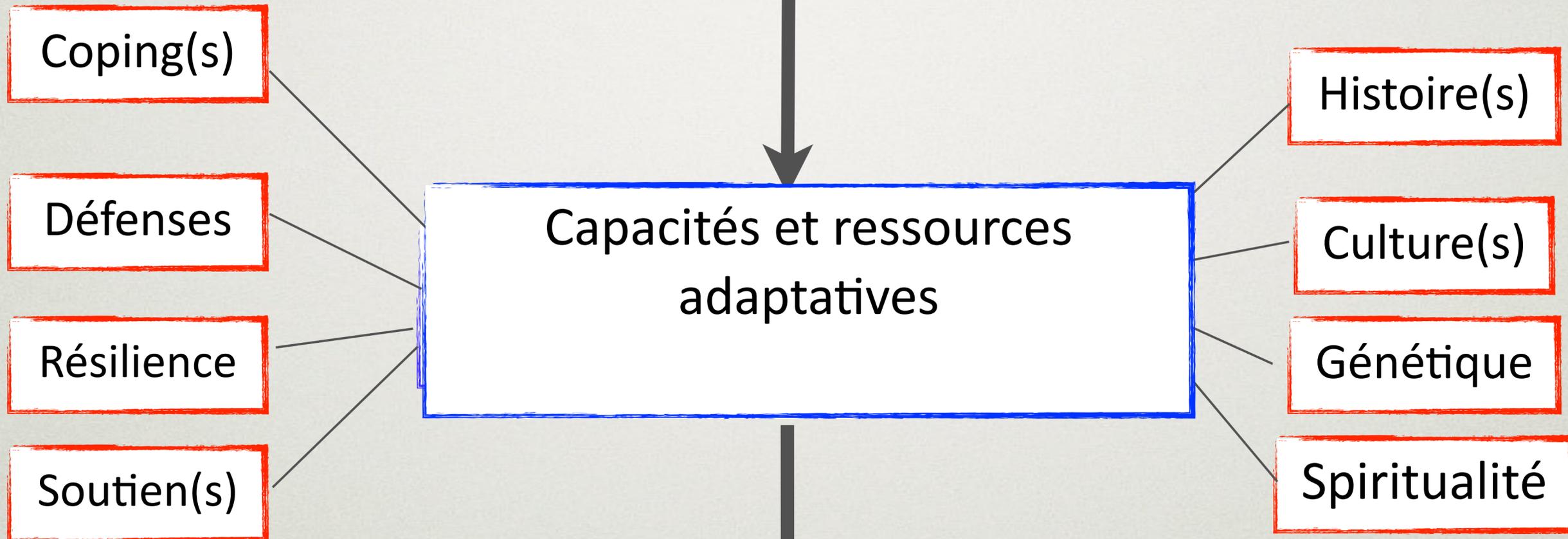
Un accent excessif sur la performance academique sans soutien émotionnel peut être préjudiciable.

Accès limité aux services de santé mentale :

Beaucoup d'adolescents ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin en raison du manque de ressources ou d'une prise de conscience insuffisante.

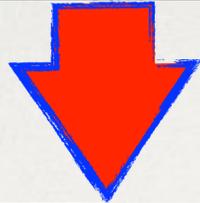
4. Sur la notion de psychotraumatisme

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



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

Incident critique



Trauma simple
ou ESPT

Trauma complexe

T. anxieux

Pseudo.Epileps

Borderline

Evénement traumatique

Dépression

Douleurs physiques

Dissociation

En 2003 Paley et Alpert ont publié un travail (méta-analyse) qui portait sur des enfants qui avaient été exposés à un événement traumatique avant l'âge de 24 mois.

Ce travail confirma l'idée que l'existence d'une mémoire du trauma précoce était loin d'être une aberration comme on l'avait longtemps pensé. Les résultats mettaient alors en lumière la fiabilité d'une mémoire non verbale du trauma précoce, qui trouvait son expression à travers le jeu post-traumatique, les mises en actes comportementales ou certaines peurs post-traumatiques spécifiques.

une étude de grande envergure, incluant 2232 sujets et conduite au Royaume-Uni (Lewis et al., 2019), a confirmé l'importance de la problématique montrant que l'exposition à des événements potentiellement traumatiques pouvait concerner jusqu'à 31.1 % des enfants et des adolescents et que le taux de TSPT à 18 ans atteignait 7.8 %

Réalisée auprès d'adolescents cette fois, Pinto et al., (2017) ont, montré que 26.2 % des sujets répondaient aux critères d'un TSPT (Pinto et al., 2017).

La prévalence des troubles psychotraumatiques chez l'enfant et chez l'adolescent s'avère donc être particulièrement élevée et peut concerner de 70 à 80 % des sujets après un événement potentiellement traumatique majeur (par exemple, après le tremblement de terre en Arménie en 1988 - Pynoos et al., 1993). Il convient de souligner qu'il existe une forte comorbidité entre la présence d'un TSPT, la consommation de substances, la dépression et/ou l'anxiété (Nooner et al., 2012).

Fletcher (2003) a par exemple effectué une méta-analyse à partir de 34 études. Il a ainsi mis en évidence que certains symptômes du DSM étaient plus présents que d'autres

La détresse face à des stimuli qui rappellent le traumatisme l'événement (51%)

La restriction des affects (47%)

La difficulté de concentration (41%)

La reconstitution mentale ou comportementale d'un aspect de l'événement (40%)

L'impression que cela va se reproduire (39%)

La perte d'intérêt pour certaines activités (36%)

Les souvenirs intrusifs (34%)

Le récit excessif de l'événement (31%)

L'évitement de stimuli qui rappellent l'événement (32%)

Les cauchemars (31%)

Les peurs spécifiques (31%)

5. Focus...Le traumatisme complexe

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

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

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

-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.

- De tels impacts seraient d'ailleurs d'autant plus massif 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.

- 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**»).

- 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.

Définition du traumatisme complexe de Courtois et Ford (2013)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Autodestruction non suicidaire

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

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

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

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

B. Attachement insécuré et désorganisé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. Symptôme de Trouble de Stress Post-traumatique.

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

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

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

VI. Déficience dans certains domaines (1)

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

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

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

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

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

VI. Déficience dans certains domaines (2)

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

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

