

Plaidoyer pour une approche intégrative en psychotraumatologie**Dr Benamsili Lamia¹****Université Abderrahmane Mira de Bejaia**

تاريخ الاستلام: 2019/6/8 تاريخ القبول: 2019/11/18 تاريخ النشر: 2019/12/27

Résumé

La thématique du trauma provoque actuellement une fascination (fortement teintée d'horreur) que rien ne semble pouvoir limiter. Catastrophes naturelles, attentats, massacres, guerres, violences sexuelles... génèrent un nombre incalculable de psychotraumatismes. Les répercussions négatives du stress et du trauma constituent une réalité qui ne peut être mise en doute. Dès lors, diverses approches théoriques façonnent aujourd'hui le champ de la psychotraumatologie. L'objectif de ce présent article est de plaider en faveur d'une perspective théorique unifiée quant à l'approche du traumatisme psychique, à savoir, une approche intégrative du trouble en question.

Mots clés : approches théoriques ; psychotraumatologie ; traumatisme psychique ; approche intégrative.

الملخص :

يثير موضوع الصدمة حالياً جاذبية (بصبغة قوية من الرعب) لا حدود لها. تؤدي الكوارث الطبيعية، الهجمات، المجازر، الحروب، العنف الجنسي ... إلى إنتاج عدد غير محتسب من الصدمات النفسية. تمثل الانعكاسات السلبية للضغط والصدمة واقع لا يمكن الشك فيه. من هنا نجد العديد من التناولات النظرية التي تشكل حقل علم النفس الصدمي.

يكمن هدف هذا المقال في مناصرة فكرة لصالح منظور نظري موحد فيما يخص تقارب الصدمة النفسية أي تناول ادماجي للاضطراب المدروس هنا.

1 * Corresponding author, e-mail: haderbache.lamia@gmail.com

الكلمات المفتاحية: التناول النظرية، علم النفس الصدمي، الصدمة النفسية، التناول الادماجي.

Introduction

La psychotraumatologie traite des conséquences des traumatismes psychiques et de leur prise en charge. Composante de la victimologie, elle se limite aux aspects psychobiologiques des traumas et à la prise en charge psychothérapeutique des victimes. Il s'agit donc d'une science récente qui étudie l'impact des événements traumatiques sur le psychisme. Les événements peuvent avoir eu lieu pendant l'enfance ou l'adolescence ou encore à l'âge adulte. Suite à de tels événements, se développent rapidement ou des années plus tard des troubles psychiques ou somatiques.

Cependant, malgré son émergence tardive, on assiste à la multiplication des approches théoriques qui tentent de rendre compte de ce phénomène morbide, à savoir, le traumatisme psychique.

Ce présent article a pour objectif de survoler les différents modèles théoriques relatif au trauma dans le but final de plaider en faveur d'une approche intégrative de ces courants hétérogènes face à la souffrance psychique, permettant ainsi aux psychotraumatologues d'avoir une vision globale du patient.

1- Approches psychopathologiques du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique a constitué depuis toujours une problématique centrale en psychopathologie nous obligeant à penser les liens complexes entre environnement et sujet dans une relation non causale, mais constamment interactive. Sa capacité à transformer radicalement un individu dans son équilibre somato-psychique, ses croyances, son identité, ses relations à autrui, interroge fondamentalement la question de la vulnérabilité psychique et du sens que revêt pour chacun l'expérience traumatique. (Chahraoui, 2014, p.1) Ce point a comme tâche de discuter le statut de la causalité en psychopathologie. Nous entendons par le terme de causalité dans ses implications les plus larges, dépassant les simples enchainements des faits psychiques. En effet, le traumatisme psychique questionne de façon privilégiée les notions de psychogenèse, de facteurs exogènes et endogènes, d'explication, d'interprétation, de dynamique du changement individuel, etc. (Barrois, 1998, p.5)

Ce point vise donc une description symptomatologique du trouble mais aussi une présentation des hypothèses ou des tentatives d'explication du

trouble. Pour le faire, nous avons opté pour l'ordre chronologique relatif à l'apparition de chaque approche.

1-1- Approche psychanalytique du traumatisme psychique

Le traumatisme est historiquement une notion centrale dans le champ de la médecine chirurgicale. Avec les revendications des associations de victimes, il est devenu un syndrome psychiatrique. La psychanalyse va s'efforcer tout au long du siècle dernier d'en décrire son fonctionnement. (Rebière, 2014). En effet, la notion du traumatisme a été étendue au domaine psychique, notamment grâce à Freud. La notion de trauma psychique est évidemment métaphorique : on imagine que le psychisme d'un individu est l'équivalent d'un corps physique ; s'il y a des plaies physiques, pourquoi pas de plaies psychiques ? (Neuburger, 2005, p.19)

L'approche psychodynamique a proposé une théorie cohérente du traumatisme et de ses différents effets qui reste une référence majeure aujourd'hui pour comprendre ce syndrome. (Chahraoui, 2014, p.5). Dès lors, les premiers travaux psychanalytiques sont une référence majeure dans la compréhension clinique des traumatismes psychiques et ils ont été enrichis par de très nombreux apports plus actuels. (Chahraoui, 2014, p.9)

On propose dans ce qui suit un découpage temporel et conceptuel :

- Première conception du trauma (1895-1920) : la théorie de la séduction

Au moment des « études sur l'hystérie » (1895), Freud élabore ce qu'on appelle sa théorie de la séduction : une séduction sexuelle d'un enfant par un adulte semble le prototype qui donne aux névroses leur étiologie. En ce sens, le trauma est toujours sexuel. Le trauma se constitue en deux temps : d'abord l'enfant est immature, passif et non préparé à la scène sexuelle, puis cette scène trouve son sens sexuel dans l'après-coup de la puberté, lors d'un second événement qui ravive les traces mnésiques du premier dont le souvenir avait été effacé. Le premier événement est datable et subjectivement important par les affects qu'il est susceptible d'entraîner. Le second événement, parfois anodin, en ramenant le souvenir du premier déclenche un afflux d'excitations sexuelles qui vont déborder les défenses du moi. Nous voyons ici apparaître la dimension économique du concept, c'est-à-dire l'aspect quantitatif, en tant que cette valeur advient dans l'après-coup. (Croas, 2012, p.28)

Dans cette première élaboration freudienne, le traumatisme est essentiellement de nature sexuelle et ne se comprend qu'à la lumière de la théorie de l'après-coup. (Chahraoui, 2014, p.9)

Mais un premier virage théorique, quant à la conception du trauma, mène Freud à d'autres développements. En 1897, dans une fameuse lettre à Fliess, il écrit « je ne crois plus à ma neurotica ». Il réalise en effet que les scènes de séduction sont souvent inventées par les patients mais que l'effet des fantasmes inconscients et de la réalité psychique est le même quant au résultat. Loin de nier la réalité de certains traumatismes, Freud trouve que certains traumatismes sont des constructions complétées par le fantasme à partir d'indices de réalité. Si Freud, en 1916, oppose réalité matérielle et réalité psychique, c'est pour pointer le rôle dominant de cette dernière. (Croas, 2012, p.28)

« Je ne crois plus à ma neurotica » écrit Freud à Fliess dans une lettre du 21 septembre 1897. Cette phrase bien connue sonne le glas de la théorie de la séduction réelle et systématique d'un enfant de la part d'un adulte et retrouvée dans l'après-coup chez ses patientes hystériques pour laisser place dans certains cas, et Freud opère là un étonnant rétablissement, à une « fiction investie d'affect ». Ce qui serait constant chez l'hystérique ne serait peut-être pas qu'elle ait réellement subi l'inceste mais qu'elle le dise, le croit sans doute, en tout cas le vive. D'où la naissance du concept de fantasme, concept qui vient prolonger celui d'après-coup, consubstantiel de celui d'une séduction initiale de l'enfant et ravivé dans un second temps par l'activation, à la puberté par exemple et sur les bases laissées par le premier, de l'événement traumatique initial. Le dégageant dès 1916 par Freud de la notion de réalité interne va permettre aussi de se libérer en partie et de dépasser des oppositions interne/ externe, réalité/fantasme. La prise en compte de la réalité psychique permet de travailler sur l'aspect dynamique du fonctionnement psychique et permet de comprendre que la réalité externe ou liée à un événement peut être reprise dans une subjectivité qui lui donne sens, consistance et cohérence, liant de façon indissoluble les deux facettes. (Croas, 2012, p.25)

La névrose est donc en psychanalyse un trouble mental qui ne comporte pas d'étiologie organique démontrable. La névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes. Autrement dit, le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psychoaffectif, phase au cours desquelles il a reçu des satisfactions excessives ou subi des frustrations cumulatives (ou encore subi des traumatismes d'ordre divers) qui l'ont

contraint au recours et retour à un stade antérieur, ou les exigences libidinales étaient satisfaites (névrose infantile). (Pirlot & Cupa, 2012, p.12)

- **Deuxième conception du trauma (à partir de 1920) : la perspective économique**

C'est par le biais des névroses de guerre et des névroses traumatiques que Freud continue à spéculer et en arrive à sa véritable conception économique et donc quantitative du trauma. Il s'agit d'un tournant conceptuel : même si Freud reconnaît très tôt la dimension énergétique, la conception de la séduction en termes d'après-coup et de fantasmes laisse maintenant la place à une conception purement économique du traumatisme.

Ce n'est que dans les années vingt que Freud revient sur la théorie du traumatisme. Les dégâts tant physiques que psychiques de la première guerre mondiale, chez les soldats mais aussi dans la population, amènent Freud et un bon nombre de psychopathologues à se pencher sérieusement sur l'étude des névroses traumatiques. Freud reconnaît alors les spécificités de cette pathologie et pose, en 1920, les éléments déterminants d'une métapsychologie du traumatisme. Du point de vue topique, le traumatisme se définit comme une effraction psychique étendue du pare-excitations provoquant au niveau économique un envahissement et un débordement du système par une quantité importante d'énergie non liée. Le psychisme est débordé ici par une absence de préparation par l'angoisse (angoisse signal). Sur le plan clinique, le sujet est fixé psychiquement au traumatisme, en témoignent les phénomènes de répétition (rêve de répétition, ruminations mentales, réactions de sursaut) qui le ramènent inlassablement à la situation traumatique initiale. Pour Freud (1920) la répétition a pour fonction de tenter de maîtriser la représentation de l'événement traumatique et d'abréagir la force de cette première impression. (Chahraoui, 2014, p.10)

- **Le débat Freud-Ferenczi**

Ferenczi, ne cessera au cours de ses travaux de souligner la valeur traumatique des événements violents de la réalité. Concernant les traumatismes sexuels, il critique l'abandon par Freud de sa neurotica et pense que les analystes sous-estiment l'importance des expériences traumatiques réelles de la toute première enfance (1933). Selon Ferenczi, le traumatisme sexuel a bien une origine externe et a des conséquences immédiates au niveau du moi, il fait partie de la réalité et non d'un processus inconscient : il s'agit de la séduction sexuelle par

un adulte à l'encontre d'un enfant. Ce traumatisme annihile toute possibilité de réaction chez ces enfants. (Chahraoui, 2014, p.10)

Pendant la première guerre mondiale, Ferenczi a, du point de vue clinique, une position privilégiée pour étudier les névroses traumatiques puisqu'étant médecin chef d'un service de neurologie ; il a l'occasion d'analyser quelque 200 cas de névroses de guerre. Selon Ferenczi (1916, 1919), le traumatisme psychique à l'origine des névroses de guerre se traduit par sa soudaineté, sa brutalité et l'incapacité du sujet à défendre contre un choc qui implique une menace vitale. Les conséquences narcissiques d'un tel traumatisme psychique sont à nouveau soulignées. (Chahraoui, 2014, p.11)

Ferenczi commence à écrire sur le trauma avant la rédaction du journal clinique. Ses notes sont théorisées dans confusion de langue entre les adultes et l'enfant, le langage de la tendresse et de la passion et dans Notes et fragments (1930-1932). Toujours à propos d'un événement traumatisant, dans un article posthume de psychanalyse IV, il parle d'un « choc » équivalent à l'anéantissement de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre, pouvant aller jusqu'à l'écroulement. Dans Journal clinique, il parle d'une « commotion psychique », réaction à une excitation extérieure ou intérieure sur un mode autoplastique (qui modifie le soi) plutôt qu'alloplastique (qui modifie l'extérieur). Cette modification implique « une dissolution du soi précédent ». Un nouveau moi ne peut être formé directement à partir du moi précédent, mais à partir de fragments, produits plus ou moins élémentaires de la décomposition de celui-ci (éclatement, atomisation, fragmentation). La force relative de l'excitation « insupportable » décide du degré et de la profondeur de la décomposition du moi. Selon la force de l'excitation, il peut y avoir changement de l'état conscient, perte de l'état conscient, syncope, ou mort. Ferenczi définit également le mécanisme d'introjction, processus fondamental dans le développement psychique de l'enfant en relation avec les fantasmes d'incorporation. Il décrit ainsi le mécanisme d'identification à l'agresseur dans le syndrome post-traumatique par introjction du sentiment de culpabilité de l'adulte. (Chauvel, 2013, p.21)

- **Troisième temps du trauma : A la fin de l'œuvre**

Enfin dans « Moïse et le monothéisme » (1939), vers la fin de sa vie, Freud renouvelle le sens essentiellement économique du terme « trauma » et le spécifie en relation avec le narcissisme ose traumatique de celui de l'hystérie et il définit le traumatique comme une effraction

du pare-excitation des excitations externes. (Croas, 2012, p.29) et le temps de sa constitution. (Croas, 2012, p.33)

Ainsi, pour le lecteur qui tente de s'introduire à la connaissance de la psychanalyse à l'aide des ouvrages les plus accessibles, les plus populaires, le traumatisme constitue une des premières notions explicatives facilement recevables. Si un sujet souffre de troubles névrotiques plus ou moins importants, il peut sembler concevable que ce soit parce qu'il a été « traumatisé ». Ici, les explications de Freud, au moins celles de ses premiers ouvrages, semblent s'accorder facilement avec le bon sens ordinaire. A moins que la psychanalyse n'ait déjà influencé nombre de représentations que nous prenons aujourd'hui comme évidentes. (Chemama & Vandermersch, 2009, p.593)

En effet, dans les premières œuvres de Freud, et notamment dans ses lettres à Fliess (1887-1902), la théorie du traumatisme est liée à celle de la séduction précoce. Notons par ailleurs que la théorie de la séduction précoce suppose une action traumatique en deux temps : l'incident déplaisant aurait eu généralement lieu dans l'enfance, voire dans la petite enfance. Mais c'est seulement lorsqu'il se trouve réactivé, dans l'après coup, à la puberté, qu'il se montre réellement pathogène. Freud cependant devait abandonner la théorie de séduction précoce. Devant les récits trop systématiques de ses patients, et notamment des hystériques, il se mit à concevoir des doutes, et peu à peu s'imposa l'idée que l'incident sexuel invoqué n'avait pas réellement eu lieu, qu'il appartenait en fait à la sphère du fantasme. La théorie de la sexualité infantile, à laquelle il se trouva alors amené, rendit caduque l'idée d'un enfant introduit de l'extérieur à la sexualité, victime seulement de la perversité des adultes. (Chemama & Vandermersch, 2009, p.594)

En conclusion cependant, il semble difficile, dans le cadre de l'élaboration psychanalytique, de donner une valeur trop grande à ce qui est seulement événementiel. Les événements, sexuels ou non, sont toujours réélaborés par le sujet, intégrés au savoir inconscient. Si vraiment nous voulions garder l'idée d'un traumatisme, il serait plus juste de dire que le sujet, en tant que tel, subit en effet un traumatisme : un traumatisme constitutif, qui est l'expérience même du langage, puisque, dès lors qu'il parle, il n'a pas d'accès direct à l'objet de son désir, qu'il doit s'engager dans la demande et en est réduit finalement à faire passer sa jouissance par le langage lui-même. (Chemama & Vandermersch, 2009, p.595)

1-2- Approche athéorique du traumatisme psychique

Le traumatisme psychique est une pathologie connue depuis des temps anciens : si les premières descriptions remontent à l'Antiquité, sa conceptualisation est plus récente tout comme son inclusion dans les classifications médicales internationales. Les réactions immédiates de stress adapté et de stress dépassé survenant au décours d'un traumatisme psychique se différencient selon le débordement des capacités psychiques du sujet. L'état de stress post-traumatique n'apparaît que tardivement, faisant suite à une phase de latence paucisymptomatique. Sa clinique présente trois axes : le syndrome de répétition, l'altération de la personnalité et les symptômes non spécifiques. Les changements du caractère et de la personnalité dus à un psychotrauma sont grandement marqués par un désinvestissement du monde et des rapports à autrui, troubles auxquels peuvent s'ajouter des emprunts à d'autres types de personnalité. Ces modifications peuvent s'appréhender comme un blocage dans le fonctionnement de la personnalité, une construction d'une nouvelle personnalité ou un déséquilibre d'une personnalité préalablement déficiente. (Busson, 2008)

La notion d'état de stress-post traumatique des classifications internationales redéfinit une entité bien connue sous le nom de « névrose traumatique » ou de « névrose de guerre ». Ce sont des réactions psychologiques survenant après des événements très angoissants. Sur le plan psychopathologique, elle pose la question du traumatisme et de ses effets sur le plan psychiatrique et social celle de la reconnaissance de préjudices liés aux aléas de la vie actuelle. Les théories psychologiques explicatives des états de stress font référence à la notion de réaction au stress, selon un modèle classique. La réaction immédiate à l'événement stressant est biophysique et échappe à la volonté du sujet. Les réactions ultérieures dépendent de la violence de l'événement, de sa durée, des soutiens sociaux, des antécédents personnels et familiaux, mais aussi de la vulnérabilité individuelle. (Pedielli & Bertagne, 2010, pp.117-118)

Dans ce qui suit, on va aborder le point de vue des deux systèmes nosographiques les plus connus et les plus utilisés dans le monde.

1-2-1-Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : DSM

Le DSM ou *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders* se fonde sur la reconnaissance de groupements de symptômes cliniques en laissant de côté l'hypothèse pathogénique.

Le système nosographique américain DSM récuse le terme de névrose. Aussi, dès 1952 (DSM I), il avait proposé dans la catégorie des troubles transitoires de la personnalité le diagnostic de Gross Stress Reaction

(réaction majeure au stress) pour désigner les états-psychotraumatiques (réaction temporaire des militaires). Quant aux troubles persistants ils doivent être reclassés dans un autre diagnostic du manuel (Josse, 2019). Cette introduction fait suite aux guerres mondiales et de Corée. (More, 2006, p.19). Puis, dans sa révision de 1968 (DSM II), il supprima ce diagnostic et refusa une place aux conséquences psychotraumatiques. Toutefois, le diagnostic Adjustment reaction to adult life (réactions d'adaptation à la vie adulte) (réaction toujours transitoire selon le DSM). Hasard ou non, à cette époque, les Etats-Unis sont engagés dans la guerre du Vietnam. La reconnaissance d'une pathologie déclenchée par les traumatismes de guerre contraindrait les hautes autorités à indemniser ou à réformer les soldats atteints. Les enjeux militaires et financiers sont considérables. (Josse, 2019)

En 1980, devant le nombre et l'importance des *Post-Vietnam syndromes* (près de 700 000 hommes sur 3 millions), les auteurs réintroduisent la notion de stress dans la nosographie du DSM. Ainsi, dans le DSM-III (1980), le PTSD apparaît avec les critères suivants :

- A. Un événement provoquant de la détresse chez tout un chacun.
- B. Au moins 1 sur 3 symptômes de reviviscence.
- C. Au moins 1 sur 3 symptômes d'émoussement-détachement.
- D. Au moins 2 sur 6 symptômes d'hyperréactivité aiguë si début et durée inférieure à six mois, chronique au-delà.

En 1987, le DSM-III-R décrit plus de symptômes dans les critères B (1 sur 4), C (3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement), D (2 sur 6 symptômes d'hyperactivité neurovégétative), et un critère E se rajoute (dure au moins un mois, différé si début après six mois).

En 1994, le DSM-IV remanie encore les critères du PTSD :

- A1. Un événement violent et menaçant.
- A2. Vécu dans la peur, l'impuissance ou l'horreur.
- B. Au moins 1 sur 5 symptômes de reviviscence.
- C. Au moins 3 sur 7 symptômes d'évitement-émoussement.
- D. Au moins 2 sur 5 symptômes d'activation neurovégétative.
- E. Une souffrance significative ou altération du fonctionnement social.

La dernière version du DSM-IV-TR parue en 2000 offre pour le PTSD les critères diagnostiques suivants :

- A. Exposition à un événement potentiellement traumatique.
- B. Le syndrome de reviviscence (un des cinq symptômes cités)
- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (trois des sept symptômes cités).
- D. Symptômes d'activation neurovégétative (deux des cinq symptômes cités).

E. Durée des symptômes B, C, D de plus d'un mois.

F. Détresse importante : souffrance significative cliniquement, ou altération du fonctionnement social, professionnel ou autres (sinon possibilité de simulation ou bénéfices secondaires).

Ce tableau explique combien un sujet exposé à un événement potentiellement traumatique peut souffrir et la nécessité, dans la mesure du possible, de mettre en place des stratégies de soins avant que ne s'installe le trouble psychotraumatique avéré.

Ces métamorphoses successives du DSM, effectuées au fur et à mesure que les psychiatres américains redécouvraient la réalité clinique du trauma, traduisent leur embarras à intégrer ces syndromes dans leur système nosographique. (Crocq, 1999, p.22)

En plus des changements qui affectent les diagnostics individuels, le DSM 5 introduit quelques changements plus larges liés à la classification des troubles. Par exemple, le système axial a été abandonné, bien que les composantes individuelles fassent toujours partie du cadre de l'évaluation clinique. Le DSM5 indique que tous les diagnostics psychiatriques et médicaux pertinents doivent être répertoriés ensemble plutôt que différenciés en axe I, II ou III. L'accent mis sur les problèmes psychosociaux et environnementaux pertinents (axe IV du DSM-IV) reste important dans l'évaluation clinique. L'axe V consiste en l'évaluation globale du fonctionnement mais cet instrument a souffert d'un manque de clarté et des caractéristiques psychométriques contestables, ce qui a conduit le DSM 5, à suggérer à sa place l'utilisation de L'instrument d'évaluation du handicap de l'organisation mondiale de la santé, qui est mise à disposition dans la section III du DSM5. Un deuxième grand changement de classification concerne le regroupement de grandes catégories dans le but de correspondre à des questions de développement et de processus tout au long de la vie. Alors que les critères diagnostiques de la section II du DSM-5 ont subi un examen approfondi, les preuves scientifiques de sont pas encore suffisantes pour soutenir l'utilisation généralisée des outils, des techniques et des diagnostics discutés dans la section III. Le DSM5 se termine par des annexes, qui comprennent une discussion sur certains des changements entre DSM-IV et le DSM5, un glossaire, des concepts culturels de détresse. (DSM5, 2016a, pp.XXXVI-XXXVII).

Le chapitre sur les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress est nouveau dans le DSM-5. Les troubles répertoriés dans ce chapitre sont les seuls au sein du DSM-5 à requérir l'identification d'un événement déclencheur extérieur. Le troubles stress post- traumatique (TSPT) et le trouble stress aigu (TSA) ont été déplacés du chapitre sur

les troubles anxieux. Le TSPT comme le TSA se caractérisent par des symptômes hétérogènes et non uniquement de l'anxiété ; une des conséquences de ce changement de classification est de souligner l'importance de l'évaluation de l'éventail des réactions face à un traumatisme externe ou un facteur de stress. Dans le même temps, une anxiété importante est présente dans ces deux troubles et une autre conceptualisation du TSPT comme du TSA serait qu'ils se situent dans le spectre des troubles anxieux. (Barnhill, 2016, p.119). Il faut noter que le TSA vise à combler un vide nosographique et discriminer les personnes à risque de développer une pathologie à long terme de celles qui n'éprouvent que d'éphémères réactions au stress. Toutefois, dans le DSM 5, cette entité se limite aujourd'hui à identifier les victimes souffrant de réactions de stress sévère dans la période de latence durant laquelle le diagnostic de PTSD ne peut être posé et ne poursuit plus l'ambition de dépister précocement les sujets à risque de développer une future affection psychotraumatique. (Josse, 2019, p.184).

La raison du regroupement de ces troubles dans le chapitre 7 du DSM 5 est que ces troubles ne coïncidaient pas suffisamment nettement à d'autres classes de troubles, comme les troubles anxieux, auxquelles on les supposait correspondre auparavant. La raison en est également que le traumatisme et les troubles liés au stress ont en commun un événement déclencheur stressant suivi de réactions émotionnelles intenses dont l'éventail est plus large et non limité à la peur et l'anxiété, mais la rage, l'horreur, la culpabilité et la honte peuvent intervenir dans la survenue de ces troubles. (Barlow, Durand & Gottschalk, 2016, p.155)

Le DSM-5 décrit trois troubles dissociatifs spécifiques : le trouble dissociatif de l'identité, l'amnésie dissociative et la dépersonnalisation/déréalisation. Tous sont fréquemment associé à un traumatisme et à un abus physique, émotionnel et/ou sexuel et ce n'est pas un hasard sur le chapitre sur les troubles dissociatifs dans le DSM-5 se trouve immédiatement après celui dédié aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. (Barnhill, 2016, p.137).

Dans le DSM 5, les troubles liés aux traumatismes et aux stress constituent une catégorie distincte. Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critère diagnostique. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation. La nouvelle catégorie vise à mettre en évidence des caractéristiques qui distinguent les troubles de stress post-traumatiques

et aigus des autres troubles anxieux. Ces deux troubles se développent en réaction à un événement traumatique. Un changement important est la suppression du critère diagnostique du DSM-IV concernant la réaction subjective à l'événement traumatique (« la réponse de la personne a impliqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur »). (Tarquinio & Montel, 2014, p.38).

Les facteurs de stress psychosociaux sont importants dans la pathogenèse de tous les troubles du DSM-5, mais ils ont un rôle étiologique spécifique qui entre dans la définition de quelques troubles seulement. Selon le DSM-5, quatre troubles ne peuvent être diagnostiqués que chez des personnes qui ont été exposées à un facteur de stress extrême : le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu, le trouble réactionnel de l'attachement et la désinhibition du contact social. Le trouble stress post-traumatique exige l'exposition à un événement qui comporte la mort effective ou une menace de mort, une blessure grave ou des violences sexuelles. (DSM5, 2016b, p.87)

Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 (2015) sont les suivants :

N.B. : 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 ci-dessous.

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de 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 du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : 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.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

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

Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou 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.

D. 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 suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : je suis mauvais, on ne peut faire confiance à personne, le monde entier est dangereux, mon système nerveux est complètement détruit pour toujours).
 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
 4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
 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 (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).
- E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés 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 suivants :
1. Comportement irritable ou accès 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 irréfléchi ou autodestructeur.
 3. Hypervigilance.
 4. Réaction de sursaut exagérée.
 5. Problèmes de concentration.
 6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
- F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.
- G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.
- Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

Trouble stress post-traumatique de l'enfant de 6 ans ou moins

A. 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 de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.

2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes, en particulier des adultes proches qui prennent soin de l'enfant. N.B. : Être le témoin direct n'inclut pas les événements dont l'enfant a été témoin seulement par des médias électroniques, la télévision, des films ou des images.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un parent ou à une personne prenant soin de l'enfant.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou à 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 traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Les souvenirs spontanés et envahissants ne laissent pas nécessairement apparaître la détresse et peuvent s'exprimer par le biais de reconstitutions dans le jeu.

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.

N.B. : Il peut être impossible de vérifier que le contenu effrayant est lié à l'événement/ aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks [scènes rétrospectives]) au cours desquelles l'enfant se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.) Des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir au cours du jeu.

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

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices rappelant le ou les événements traumatiques.

C. Un (ou plusieurs) des symptômes suivants, représentant soit un évitement persistant de stimuli associés à l'événement/aux événements traumatiques, 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 :

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 événements traumatiques.

2. Évitement ou efforts pour éviter les personnes, les conversations ou les situations interpersonnelles qui réveillent les souvenirs du ou des événements traumatiques. Altérations négatives des cognitions

3. Augmentation nette de la fréquence des états émotionnels négatifs (p. ex. crainte, culpabilité, tristesse, honte, confusion).

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces activités, y compris le jeu.

5. Comportement traduisant un retrait social.

6. Réduction persistante de l'expression des émotions positives.

D. 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 deux (ou plus) des manifestations suivantes :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets (y compris par des crises extrêmes de colère).

2. Hypervigilance.

3. Réaction de sursaut exagérée.

4. Difficultés de concentration.

5. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

E. La perturbation dure plus d'un mois.

F. 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.

G. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus, et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex., sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts]) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble de critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM 5, 2015, pp.350-353).

1-2-2- La classification statistique internationale des maladies et des troubles de santé connexes : CIM

Dans la CIM 9 (1979), le trauma est abordé dans la catégorie « troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300-316), dans le chapitre V des troubles mentaux (290-319). En voici la partie consacrée au trouble :

Etats réactionnels aigus à une situation très éprouvante : troubles transitoires de n'importe quelle gravité ou nature survenant, sans aucun trouble mental apparent, en réaction à une épreuve physique ou psychique exceptionnelle telle qu'une catastrophe naturelle ou une bataille et se résorbant habituellement en quelques heures ou en quelques jours.

Délire d'épuisement

Epuisement dû au combat

Etat consécutif à une catastrophe

à l'exclusion de:

réaction d'adaptation

Avec troubles prédominants de l'affectivité : Etats de panique, d'excitation, de peur, de dépression et d'anxiété répondant aux critères ci-dessus.

Avec troubles prédominants de la conscience : Fugues répondant aux critères ci-dessus

Avec troubles prédominants de la psychomotricité : Etats d'agitation, de stupeur répondant aux critères ci-dessus

Autres : Troubles aigus dus à une situation éprouvante

Mixtes

Sans précision.

C'est en 1992 que la CIM 10 introduit pour la première fois la réaction aigue à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique dans sa nosographie. Elle décrit d'abord la « réaction aigue à un facteur de stress » apparaissant dans les minutes suivant l'incident critique et disparaissant en quelques heures, tout à plus, en quelques jours.

En plus, dans le chapitre V de la CIM 10, « troubles mentaux et du comportement » (F00-F99), le traumatisme psychique trouve place dans la catégorie intitulée Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48), dans « réaction à un facteur de stress sévère, et trouble de l'adaptation » (F43) et plus précisément sous le code F43.1.

La CIM 10 note ceci « Cette catégorie est différente des autres dans la mesure où sa définition ne repose pas exclusivement sur les symptômes et l'évolution, mais également sur l'un ou l'autre des deux facteurs

étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress, ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et aboutissant à un trouble de l'adaptation. Des facteurs de stress psychosociaux relativement peu sévères parmi les événements de la vie ("life events") peuvent précipiter la survenue ou influencer le tableau clinique d'un grand nombre de troubles classés ailleurs dans ce chapitre, mais il n'est pas toujours possible de leur attribuer un rôle étiologique, d'autant plus qu'il faut prendre en considération des facteurs de vulnérabilité, souvent idiosyncrasiques, propres à chaque individu. En d'autres termes, ces événements de la vie ne sont ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue et la nature du trouble observé. En revanche, on admet que les troubles réunis dans cette catégorie sont toujours la conséquence directe d'un facteur de stress aigu important ou d'un traumatisme persistant. Les événements stressants ou les circonstances pénibles persistantes constituent le facteur causal primaire et essentiel, en l'absence duquel le trouble ne serait pas survenu. Les troubles réunis dans ce chapitre peuvent ainsi être considérés comme des réponses inadaptées à un facteur de stress sévère ou persistant dans la mesure où ils interfèrent avec des mécanismes adaptatifs efficaces et conduisent ainsi à des problèmes dans la fonction sociale » (CIM 10, 2012, p.245). Le trouble est présenté comme suit :

État de stress post-traumatique

Note : Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flashbacks »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable « d'anesthésie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent

habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie. Ils sont fréquemment associés à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Comprend : Névrose traumatique. (CIM10, 2012, p.246)

Quant à la CIM 11, le chapitre 6 « troubles mentaux, de comportement et neurodéveloppementaux » propose dans « Troubles spécifiquement associées au stress » le « trouble de stress post-traumatique » (6B40) et « trouble de stress post traumatique complexe » (6B41).

Le groupe de travail chargé de réviser la classification des affections post-traumatiques relève le caractère réactionnel normal de certaines de manifestations émotionnelles, somatiques, cognitives et comportementales survenant dans la foulée d'un événement délétère. Le but principal de la catégorie « réaction aigüe à un facteur de stress » est de permettre aux professionnels de la santé de mieux identifier et aider les personnes présentant ce syndrome sans toutefois les considérer comme des cas pathologiques. Il s'agit d'une réponse normale au regard des événements vécus. (Josse, 2019)

Pour le trouble de stress post-traumatique, elle écrit « Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Il se caractérise par tout ce qui suit : 1) revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques; 2) éviter les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, ou éviter les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypervigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent des troubles significatifs du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre ». (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>.)

Pour le trouble de stress post-traumatique complexe, elle propose ceci «Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) peut

survenir à la suite d'une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou horrible, le plus souvent d'événements prolongés ou répétitifs dont l'évasion est difficile ou impossible (par exemple, la torture), esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuels ou physiques répétés dans l'enfance). Toutes les exigences de diagnostic pour le SSPT sont remplies. En outre, le SSPT complexe se caractérise par 1) des problèmes graves et persistants de régulation de l'affect ; 2) les croyances sur soi-même comme diminuées, vaincues ou sans valeur, accompagnées de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec liés à l'événement traumatique ; et 3) difficultés à maintenir des relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une altération importante du fonctionnement personnel, familial, social, éducatif, professionnel ou autre ». (<https://icd.who.int/browse11/1-m/en>.)

1-3- Approche cognitivo-comportementale du traumatisme psychique

Cette approche postule que, suite à l'exposition à une situation stressante, les réactions d'anxiété se maintiennent par l'évitement des sentiments angoissants déclenchés par cette situation, puis par son souvenir et par l'association avec les objets qui y sont liés. Les éléments liés à l'agression, antérieurement neutres (vêtements, particularités physiques de l'agresseur, bruit, odeur, lieu...) déclenchent, en dehors de la situation initiale d'agression, des réactions d'angoisse. La personne qui rencontre cette situation va alors éviter tous ces éléments déclencheurs d'angoisse : elle ne se rend plus dans un parking, elle fuit toutes les personnes portant un jogging... pour y remédier, trois techniques sont utilisées : l'exposition, la gestion de stress et la restructuration cognitive. (Damiani, 2011, p.243)

En effet, selon les théories cognitivo-comportementales, l'épisode traumatique submergerait le sujet et conduirait à des pensées automatiques d'incapacité à affronter le trauma, à des réactions d'évitement et à des flash-backs. (Lim-Sabbah, 2010, p.39)

Pour des raisons didactiques, les approches comportementale et cognitive ont souvent été distinguées même si les deux sont étroitement liées. Commençons par l'approche comportementale et la notion de conditionnement. Le traumatisme psychique est concerné au premier chef par la notion de conditionnement. Le conditionnement classique est un apprentissage associatif décrit par Pavlov (Pavlov, 1927). L'exemple du chien et de la cloche est suffisamment explicite pour nous aider à bien comprendre ce que ce type d'apprentissage représente. Ce

dernier résulte de l'association d'un stimulus qui n'induit au départ aucun comportement particulier (stimulus neutre devenant, après association, stimulus conditionnel), représenté par la cloche, et d'un événement (stimulus inconditionnel), représenté par la nourriture, qui produit toujours une série de réactions particulières (réponse inconditionnelle) comme peut l'être la salivation. Le conditionnement classique consiste en la capacité du stimulus conditionnel d'induire seul, ultérieurement, une réponse dite conditionnée (la salivation). Cet apprentissage associatif se fait naturellement chez les sujets traumatisés, ce qui explique les réactions a priori « étranges » des sujets traumatisés face à des situations, des endroits, des objets qui ne paraissent pas inquiéter la plupart des gens.

Le concept de conditionnement opérant prend une place importante dans la mise en place du psychotraumatisme. Il a été élaboré par le behavioriste américain Skinner (1938, 1948) sur ses rats et ses pigeons. C'est un processus de modification du comportement résultant de l'association en contingence d'un comportement et d'un stimulus. Un comportement exécuté par un organisme entraîne ou est suivi d'événements particuliers. Les conséquences ou les événements subséquents auront un effet sur la probabilité que ce comportement se reproduise ou non. La répétition de la séquence « comportement suivi des mêmes événements » (mais parfois une seule expérience suffit) modifie la probabilité d'apparition ultérieure de ce comportement en des circonstances similaires.

Dans cette perspective, nous avons donc le schéma suivant : Stimulus → Réponse → Renforcement. Un des éléments majeurs de la théorie du conditionnement opérant est le fait qu'il y ait quatre relations de contingence qui s'établissent :

- Renforcement positif : augmentation de la fréquence d'un comportement à la suite de l'addition subséquente d'un stimulus.
- Renforcement négatif : augmentation de la fréquence d'un comportement à la suite du retrait subséquent d'un stimulus.
- Punition positive : diminution de la fréquence d'un comportement à la suite de l'addition subséquente d'un stimulus.
- Punition négative : diminution de la fréquence d'un comportement à la suite du retrait subséquent d'un stimulus.

Concernant le psychotraumatisme, l'événement peut être considéré comme un stimulus aversif (événement traumatique) inconditionnel. Le contexte source de stimuli externes et internes devient le stimulus conditionnel, antérieurement neutre qui induit sur l'organisme une réponse conditionnée, la peur. On parle alors de conditionnement de la peur.

Fondé sur les théories du conditionnement classique Pavlovien et celles du conditionnement opérant skinnérien, le modèle de Mowrer (1960) stipule que le traumatisme est une situation extrême (stimulus) qui provoque une réponse spécifique de type psychologique, cognitivo-comportemental et affectivo-émotionnel. Les stimuli internes ou externes associés au traumatisme vont provoquer la même réponse émotionnelle que l'événement initial (stimulus – réponse) puis développer et maintenir l'ESPT.

Ce modèle permet d'expliquer à la fois le phénomène de réviviscence et celui d'évitement. L'évitement défini par Beck (1971) comme «l'action de se soustraire par anticipation à une stimulation aversive» est une composante majeure du traumatisme psychique. Les conduites d'évitement sont mises en place par l'individu traumatisé dans le but de limiter la réviviscence du trauma. Le sujet souhaite éviter au maximum les stimuli associés au traumatisme. L'évitement peut concerner des lieux, des situations, des personnes, des objets ayant un lien plus ou moins direct avec le traumatisme. Le problème de l'évitement est qu'il ne fait que renforcer le caractère redoutable de la situation redoutée. Ces réassurances renforcent le système de croyances inadapté et laisse s'installer une imagerie anxigène d'anticipation. (Tarquinio & Montel, 2014). Sur le plan comportemental, il se développe, chez ces patients, un processus de conditionnement secondaire au stimulus traumatique. Ce conditionnement se traduit par un ensemble de comportements qui s'imposent au patient et qui comprennent, entre autres, les conduites d'évitement et le syndrome de répétition. Il existe ainsi un tableau d'hypervigilance, avec comparaisons permanentes entre la situation actuelle et les circonstances du traumatisme. L'univers personnel est donc restreint, réduisant les occasions de satisfaction et d'épanouissement, et pouvant conduire à des affects dépressifs. (Braconnier, 2006, p.260)

Sur le plan cognitif, on observe chez les patients atteints de stress post-traumatique, un ensemble de croyances irrationnelles, qui constituent des distorsions cognitives : impression généralisée de dangerosité du monde (et donc évaluation fausse des notions de danger et de sécurité) ; impression d'avoir une capacité de réponse au danger diminuée ; polarisation de la pensée sur le traumatisme ou des thèmes s'y rapportant ; pensées automatiques négatives, etc. (Braconnier, 2006, p.260).

Ainsi, dans l'approche cognitive, le psychotraumatisme est lié à un traitement non approprié de l'information. Les théories cognitives, relatives à la compréhension du trouble psychotraumatique, mettent

l'accent sur la métacognition ou la prise de conscience des schémas et des modes de pensées. Les schémas et les croyances de base du sujet se trouvent modifiés entraînant par là même un important bouleversement dans la relation que le sujet entretient avec son environnement. Les processus d'interprétation des causes, des conséquences et des états émotionnels peuvent aussi être impliqués. Ainsi, les informations relatives à l'événement traumatique peuvent être traitées sous la forme d'une chaîne causale inadéquate. Le concept d'attribution est également fondamental dans l'installation du psychotraumatisme. Certains individus ont tendance à attribuer l'occurrence d'un événement incontrôlable à des causes internes, stables et globales. Or, un sujet qui adopte ce type d'attribution a plus de risque de développer un psychotraumatisme. Inversement, l'attribution de l'événement à des causes externes, temporaires et spécifiques réduit le risque de développement du psychotraumatisme. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009).

Proche du modèle comportemental, le modèle de Foa *et al.* (1989) avance que les signaux associés au traumatisme activent la structure de peur, provoquant ainsi le phénomène de réviviscence et de répétition, expliquant la permanence de l'évitement de ces signaux. Le modèle de Foa *et al.* (1989) insiste sur l'importance de l'interprétation dans la structure de peur, le traumatisme venant en contradiction avec les croyances communes et les schémas personnels préexistants.

Le modèle d'Horowitz (1986) intègre la gestion du stress ainsi que le traitement cognitif de l'information tel que conçu par Piaget. Les symptômes du traumatisme psychique représentent la réponse à l'excès d'information reçue pendant l'expérience traumatique et sont maintenus par la difficulté voire par l'échec dans la capacité à intégrer ces nouvelles données au sein des schémas cognitifs antérieurs. Les représentations de l'événement traumatique reviendraient de façon itérative comme parties du processus de leur intégration et correspondraient aux pensées intrusives, cauchemars, réviviscence du traumatisme.

Le modèle de Jones et Barlow (1992) est un modèle bio-comportemental et intégratif centré sur la réponse du stress qui comprend 4 niveaux :

- La vulnérabilité biologique (prédisposition au stress) ;
- Les événements de vie ;
- Les réactions de stress ou « vraies alarmes » capables par la suite de déclencher des « fausses alarmes » (immédiates ou différées par des stimuli internes et/ou externes) ;

- La vulnérabilité psychologique – l’alarme apprise – le sentiment de non-prévisibilité et de non contrôle aboutissant à un état de résignation (impuissance apprise).

La conjugaison des différents facteurs entraîne une appréhension anxieuse chronique, cause du développement et du maintien du traumatisme psychique. Le modèle cognitif met l’accent sur l’interprétation de l’événement traumatique par la victime. Lors d’une situation potentiellement traumatisante, les schémas de base d’invulnérabilité de sécurité, de prévisibilité et de contrôlabilité peuvent être bouleversés et devenir dysfonctionnels. Les schémas cognitifs, structures cognitives profondes élaborées au fil de nos expériences passées, représentent nos systèmes de valeurs et de croyances fondamentales, et, à ce titre, gouvernent notre manière de voir le monde et d’agir. Si ces schémas sont mis à mal, les processus cognitifs activés peuvent donner naissance à des pensées automatiques inadaptées. (Tarquinio Montel, 2014)

Lorsque l’individu a vécu un événement potentiellement traumatisant, il y a un risque que les processus cognitifs génèrent des pensées automatiques inadaptées de culpabilité, d’incontrôlabilité, etc. En bref et pour conclure sur cette partie consacrée à l’approche cognitive et comportementale, les modèles se complètent en présentant le psychotraumatisme comme une réponse apprise par conditionnement et intégrée dans la mémoire du sujet qui développe tout un système de croyances et de représentations singulières qui ne font que maintenir et renforcer les réponses apprises. (Tarquinio Montel, 2014)

Dans ce cadre, les théories cognitives les plus récentes qui rendent compte de l’état de stress post-traumatique défendent l’idée selon laquelle le trouble résulterait de l’interaction de nombreux dysfonctionnements dont les premiers apparaîtraient dès l’exposition traumatique. Ces dysfonctionnements affecteraient les trois phases du traitement de l’information traumatique : son encodage (ou l’entrée de l’information dans le système cognitif et la formation d’un engramme), son stockage (ou le maintien de la trace mnésique) et sa récupération (ou le processus ramenant la trace mnésique à la conscience). Ils entraveraient ainsi de différentes manières la résolution naturelle du traumatisme. Sur le plan structural, ils toucheraient tout particulièrement la mémoire autobiographique et entraveraient l’élaboration des souvenirs autobiographiques de l’événement traumatogène, les transformant en partie en reviviscences incontrôlables. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009, p.53)

On cite trois théories cognitives les plus influentes dans le domaine :

- 2- La théorie de la représentation duale de Brewin et de ses collaborateurs (Brewin, 2001, 2003 ; Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996) ;
- 3- Le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique d'Ehlers et de Clark (2000) ;
- 4- Le modèle CaR-FA-X de Williams et de ses collaborateurs (Williams *et al.*, 2007).

Théorie de la représentation duale : Pour Brewin et ses collaborateurs (Brewin, Dalgleish, Joseph, 1996 ; Brewin, 2001 ; 2003), le signe pathognomonique de l'état de stress post-traumatique est la reviviscence, c'est-à-dire l'accès répétitif et involontaire aux souvenirs de l'événement traumatogène. Cette reviviscence se décline sous la forme de phénomènes quasiment hallucinatoires à fortes composantes sensorielles et perceptives, encore appelés flash-back, et de cauchemars au cours desquels le sujet revit les scènes traumatisantes tout en conservant le même point de vue que lors de l'événement original. Par tous ces aspects, la reviviscence se différencie des autres souvenirs autobiographiques traumatiques par nature narratifs et qui sont la plupart du temps évoqués de manière intentionnelle (Hellawell, Brewin, 2002 ; 2004).

Pour rendre compte de ces phénomènes, les auteurs développent une théorie cognitive qu'ils appellent théorie de la représentation duale de l'état de stress post-traumatique. Celle-ci est basée sur deux systèmes mnésiques qui s'inspirent largement des systèmes conceptuel et épisodique définis par l'équipe de Conway. Ces systèmes fonctionneraient en parallèle et seraient dotés de propriétés propres. Ainsi, un seul et même acte de perception laisserait des traces mnésiques multiples, de nature représentationnelle différente, distribuées en parallèle dans chacun des deux systèmes. Le type de traitement appliqué aux informations issues de l'environnement au moment de leur encodage conditionnerait leur enregistrement dans l'un ou l'autre des deux systèmes. Pour expliquer cette répartition, les auteurs reprennent une opposition classique en psychologie cognitive entre processus automatiques et processus contrôlés. Ils s'appuient sur les travaux de Shiffrin et Schneider (1977) qui suggèrent que les informations entrant dans le système cognitif feraient l'objet d'un traitement automatique étendu, incluant une analyse sémantique, avant que certaines d'entre elles ne soient sélectionnées pour le traitement contrôlé conscient. Dans ce cadre, seules les informations bénéficiant d'un traitement contrôlé, plus profond, seraient stockées dans le système conceptuel. Dès lors, elles pourraient être récupérées de

manière flexible, combinées avec d'autres connaissances conceptuelles et utilisées pour d'autres types d'activités cognitives complexes (pensée, planification, résolution de problème, communication, etc.). Cependant, comme leur enregistrement est médiatisé par des processus sériels à capacité limitée (comme l'attention, par exemple), la quantité d'informations stockable en un temps donné serait relativement faible. A contrario, le système épisodique serait très efficace pour capturer l'expérience perceptivo-sensorielle et requerrait peu si ce n'est aucune ressource attentionnelle, de sorte qu'il pourrait enregistrer un très grand nombre d'informations en un temps donné. Ainsi, il contiendrait des informations (lumière, son, etc.) qui ont été obtenues à partir d'un traitement perceptif de bas niveau mais relativement étendu des multiples stimuli issus de l'environnement. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009).

Dans l'état de stress post-traumatique, le système conceptuel serait impliqué dans l'évocation des souvenirs autobiographiques narratifs de l'expérience traumatique. Ces derniers pourraient interagir avec les autres connaissances stockées dans ce même système et seraient en conséquence représentés au sein d'un contexte personnel complet comprenant le passé, le présent et le futur. Leur contenu serait lié aux différentes évaluations portant sur l'événement traumatogène et sur ses répercussions ultérieures sur l'image personnelle et les aspirations et buts profonds de l'individu. Leur évocation serait accompagnée non seulement d'émotions primaires mais également d'émotions secondaires, comme la honte ou la colère. Enfin, la qualité des souvenirs autobiographiques traumatiques évoqués par la narration serait largement conditionnée par l'étendue de l'encodage lors de l'expérience traumatique qui elle-même dépendrait de l'intensité des réactions émotionnelles ressenties à ce moment-là. Ainsi, les personnes subissant de fortes émotions et une réaction de stress intense lors de l'exposition traumatique présenteraient une plus grande probabilité de stocker des informations parcellaires au sein du système conceptuel et auraient en conséquence par la suite plus de difficultés à évoquer par la narration des souvenirs détaillés et cohérents. De son côté, le système épisodique serait impliqué dans l'accès à la conscience des phénomènes de reviviscence (flash-back et cauchemars). De plus, parce qu'il n'utilise que des codes analogiques, ces reviviscences seraient difficilement communicables aux autres. Elles n'interagiraient pas non plus avec les connaissances contenues dans le système conceptuel de sorte qu'elles seraient dépourvues de toute perspective temporelle et que leur mise à jour serait laborieuse voire impossible. Elles seraient

déclenchées par appariement perceptif avec des indices évocateurs du traumatisme psychique rencontrés soit dans l'environnement externe de l'individu soit dans l'environnement interne de ses processus mentaux. Ainsi, leur accès à la conscience serait involontaire et difficilement contrôlable. Enfin, les émotions qui accompagnent les reviviscences éditées par le système épisodique seraient restreintes aux émotions primaires ressenties durant l'exposition traumatique. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009).

Modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique : Ehlers et Clark (2000) ont développé un modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique qui repose sur le principe selon lequel la nature extrêmement bouleversante de l'événement traumatogène interdirait aux individus de traiter sur le coup l'intégralité des informations traumatiques.

Dès lors, la façon dont ces dernières seraient traitées en post-immédiat et par la suite jouerait un rôle essentiel dans le développement et le maintien du trouble. Ainsi, le risque de développer un état de stress post-traumatique serait élevé pour les personnes qui s'engageraient dans un traitement de l'information traumatique qui induirait la sensation que le danger présent au moment de l'exposition traumatique est toujours actuel.

Dans cette perspective, deux éléments favoriseraient l'émergence de cette sensation de gravité et d'actualité de la menace :

- les évaluations négatives excessives de l'événement traumatogène et de ses conséquences ;
- certaines caractéristiques des souvenirs traumatiques : élaboration conceptuelle et contextualisation pauvres, intense mémorisation associative et attention initiale extrême sur certains stimuli, liens médiocres avec les autres souvenirs autobiographiques.

Une fois activée, la perception d'un danger immédiat déclencherait différents symptômes dont les intrusions et phénomènes de reviviscence, l'hyperactivation neurovégétative, l'anxiété et autres réponses anxieuses par association et provoquerait une série de réponses comportementales et cognitives qui aurait pour but de réduire la menace ressentie et la détresse anticipée. Mais certaines stratégies adoptées auraient pour conséquence d'empêcher tout changement cognitif et de chroniciser les difficultés.

Pour Ehlers et Clark (2000), dans les suites d'un traumatisme psychique, ce qui différencierait les personnes qui sombrent dans un trouble chronique de celles qui se rétablissent naturellement tiendrait en

l'incapacité des premières à envisager l'événement traumatogène comme un événement unique, limité dans le temps et dépourvu de conséquences négatives globales pour leur avenir. Ces personnes procéderaient à des évaluations particulièrement négatives de l'événement traumatogène et/ou de ses conséquences. À leur tour, ces évaluations participeraient à la genèse d'un sentiment de menace actuelle, cette menace pouvant être externe – elle est alors liée à la manière dont la personne perçoit le monde en général – ou interne – elle est alors liée à la manière dont la personne se perçoit et perçoit ses compétences. Elles engendreraient également, outre la peur, diverses émotions comme la honte, la tristesse, la colère, etc. qui pèseraient dans le choix des stratégies d'adaptation post-traumatiques. Dans le cadre du modèle, plusieurs types d'évaluation de l'événement pourraient engendrer un sentiment de menace actuelle. En ce qui concerne la sensation d'une menace interne, les évaluations négatives pourraient porter sur des traits de personnalité ou constitutionnels (par exemple, « j'attire les catastrophes ») ou sur les comportements que la personne a pu déployer lors de la confrontation traumatique (par exemple, « je m'en veux parce que mes actions ont aggravé la situation ») ou sur les sensations ou émotions qu'elle a pu ressentir (par exemple, ressentir une excitation sexuelle lors d'un viol long). En ce qui concerne la sensation d'une menace externe, les évaluations négatives (par exemple, « les gens ne sont pas ce qu'ils semblent être » ou « on ne peut jamais savoir quand quelque chose de terrible va se produire ») pourraient conduire à une surgénéralisation des situations menaçantes, surgénéralisation qui conduirait elle-même à percevoir de nombreuses situations relativement anodines comme plus dangereuses qu'elles ne le sont. Elles pourraient également être liées à une exagération de la probabilité de survenue future d'événements catastrophiques préjudiciables pour la personne.

L'ensemble de ces évaluations non seulement générerait une peur situationnelle mais favoriserait également le développement de stratégies d'évitement qui contribueraient au maintien d'une peur généralisée. Pour leur part, les évaluations négatives portant sur les conséquences de l'événement traumatogène susceptibles de provoquer un sentiment de menace actuelle seraient de trois types. Elles pourraient porter sur : les symptômes et difficultés post-traumatiques ; les réactions de l'entourage (famille, amis, collègues) face à ce qui est arrivé ; les répercussions du traumatisme psychique sur les différents pans de la vie de l'individu (social, intime, professionnel, etc.).

Les évaluations relatives aux symptômes et difficultés posttraumatiques deviendraient préjudiciables dès lors qu'elles conduiraient l'individu à percevoir ceux-ci, non pas comme le signe d'un processus d'adaptation et de rétablissement normal, mais comme le signe d'une atteinte réelle à son équilibre physique ou mental (par exemple, « je suis en train de devenir fou ») ou d'un changement négatif permanent (par exemple, « je ne surmonterai jamais ces difficultés »). Ces évaluations généreraient diverses émotions négatives qui encourageraient l'individu à s'engager dans des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles.

Les évaluations relatives aux réactions de l'entourage deviendraient préjudiciables dès lors qu'elles conduiraient l'individu à percevoir son entourage comme indifférent à ce qu'il vit (par exemple, « les gens dont je pensais qu'ils me soutiendraient m'ont laissé(e) tomber ») ou comme persuadé qu'il est responsable de ce qui lui arrive (par exemple, « les autres pensent que je ne mérite pas d'être soutenu(e) »). Ces évaluations auraient pour conséquence de favoriser le retrait social de l'individu et d'entraver toute possibilité d'échanges verbaux autour du traumatisme psychique, interdisant par-là même toute possibilité de correction des évaluations dysfonctionnelles.

Les évaluations relatives aux répercussions du traumatisme psychique sur les différents pans de la vie de l'individu deviendraient préjudiciables dès lors qu'elles induiraient chez l'individu un sentiment de changement négatif permanent tant au niveau de sa personnalité qu'à celui de ses buts de vie et aspirations profondes (par exemple, « ma vie est détruite » ou bien « plus rien de bien ne peut m'arriver désormais »). Se basant sur la théorie constructiviste du souvenir de Conway et son équipe (Conway, 1997*ab* ; Conway, Pleydell-Pearce, 2000), Ehlers et ses collaborateurs (Ehlers, Clark, 2000 ; Halligan, Clark, Ehlers, 2002 ; Ehlers, Hackmann, Michael, 2004 ; Ehlers *et al.*, 2006 ; Ehring, Ehlers, Glucksam, 2006 ; Michael, Ehlers, 2007) identifient trois processus mnésiques – (a) la faible élaboration conceptuelle de l'information traumatique, (b) l'amorçage perceptif et (c) l'apprentissage associatif – qui fonctionneraient de concert pour produire des phénomènes de reviviscence dépourvus de conscience autoévaluative. À leur tour, la fréquence et l'intensité de ces phénomènes de reviviscence favoriseraient le sentiment de menace actuelle et rendraient l'individu plus vulnérable au développement et au maintien du trouble. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009).

Modèle car-fa-x : D'après le modèle CaR-FA-X (Williams, 2006 ; Williams *et al.*, 2007), l'état de stress post-traumatique résulterait, sous

l'effet d'un évitement fonctionnel, d'un dysfonctionnement initial du processus de récupération indirecte de l'information en mémoire autobiographique qui consisterait en une interruption prématurée du processus de recherche mnésique à un niveau de connaissances conceptuelles intermédiaire, entravant toute possibilité de récupération d'éléments de connaissances épisodiques (Conway, Pleydell-Pearce, 2000). Ce phénomène aurait pour conséquence que les seules connaissances disponibles pour le traitement de l'expérience traumatique soient des connaissances relativement abstraites liées au *self* conceptuel. Or l'activation répétée, *via* la rumination, de ces connaissances lors des multiples tentatives réalisées par l'individu psychotraumatisé pour donner un sens à ce qui lui arrive augmenterait leur cohérence interne (leur degré d'élaboration) et participerait à la création de nouvelles interconnexions, engendrant ainsi un réseau de représentations conceptuelles liées au *self* relativement riche et facilement accessible. Ce réseau, alors doté d'une accessibilité accrue, présenterait deux caractéristiques majeures : (a) il serait plus facilement activable et ce, au détriment des connaissances pertinentes à la réalisation de la tâche ; (b) son inhibition requerrait une quantité plus importante de ressources exécutives. Dans ces circonstances, se produirait un nouveau biais de traitement de l'information qui consisterait en la capture du processus de récupération indirecte par les structures de connaissances conceptuelles liées au *self*. Enfin, ce phénomène serait facilité par la réduction des ressources exécutives. Après la survenue d'un traumatisme psychique, la réduction des ressources exécutives proviendrait pour l'essentiel de la prise de « pouvoir » des phénomènes de reviviscence sur le traitement en cours et des tentatives conscientes déployées pour les contrôler. En effet, pour les auteurs, les reviviscences comporteraient de très nombreux éléments de connaissances épisodiques et se caractériseraient, du fait de leur production *via* le processus de récupération directe, par leur capacité, lorsqu'elles parviennent à la conscience, à détourner l'attention et à interférer avec le traitement et la poursuite du but en cours. Il importerait donc, pour les personnes qui ont subi un traumatisme psychique et qui veulent préserver la qualité de leur activité cognitive, de les maintenir hors du champ de la conscience. Cependant, pour ce faire, elles devraient mobiliser des ressources exécutives qui ne pourraient plus être dévolues, lors du processus de récupération indirecte, au contrôle des connaissances conceptuelles non pertinentes qui seraient entre-temps devenues plus accessibles et exigeraient elles-mêmes plus de ressources pour être inhibées. Au final, ces différents

dysfonctionnements, non seulement conduiraient à la perte de l'accès aux représentations épisodiques ainsi qu'en parallèle à la facilitation de l'accès à des représentations conceptuelles de soi (très probablement négatives), mais ils auraient également des répercussions négatives sur le fonctionnement psychologique général en affectant en particulier les capacités de résolution de problème (Evans, Williams, O'Loughlin, Howells, 1992 ; Goddard, Dritschel, Burton, 1996, 1997 ; Scott, Stanton, Garland, Ferrier, 2000 ; Raes *et al.*, 2005) et de projection dans l'avenir (Williams *et al.*, 1996).

Ces modèles envisagent l'état de stress post-traumatique comme résultant d'une interaction entre les phénomènes cognitivo-émotionnels qui surviennent durant la phase péritraumatique et durant celle posttraumatique. En péritraumatique, ils reconnaissent le rôle essentiel de l'intensité des émotions et de la réaction de stress sur la qualité des processus d'encodage et de stockage de l'information. Les perturbations susceptibles d'apparaître à cette phase se traduiraient par un déséquilibre entre le traitement automatique ou dirigé par les données d'une part et celui contrôlé ou dirigé par les concepts de l'autre (dans, respectivement, la théorie de la représentation duale et le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique) et pourraient soit affecter l'organisation des enregistrements mnésiques traumatiques (dans le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique), soit provoquer un déséquilibre tant quantitatif que qualitatif entre les connaissances stockées dans chacun des deux systèmes conceptuel et épisodique de la mémoire autobiographique (dans la théorie de la représentation duale). En post-traumatique, l'accès à la conscience des souvenirs traumatiques, qu'ils soient évoqués de manière volontaire ou involontaire sous forme de reviviscences, apparaît comme la condition indispensable à la « digestion » du traumatisme et au rétablissement de l'individu. Dans ce cadre, les trois modèles reconnaissent de manière unanime le pouvoir pathogène des stratégies d'évitement, qu'elles soient centrées sur la maîtrise de l'accès à la conscience des reviviscences ou sur celle de l'évocation volontaire des souvenirs spécifiques de l'événement traumatogène.

En ce qui concerne ce dernier point, le modèle CaR-FA-X est probablement celui qui offre l'explication la plus claire des effets nocifs de ces stratégies sur le plan du fonctionnement cognitif. Il souligne que, non seulement, leur recours interdirait progressivement l'accès aux représentations épisodiques porteuses des détails sensori-perceptivo-émotionnels de l'expérience mais qu'en parallèle, il transformerait la connaissance conceptuelle liée au *self* en une base de réponse

systématique aux indices de recherche mnésique lors du processus de récupération indirecte, favorisant ainsi les ruminations évaluatives centrées sur soi (Williams, 1996). Le rôle des évaluations cognitives rétrospectives, quant à lui, est également souligné. Ainsi, les évaluations, *via* les émotions qu'elles génèrent, rempliraient une fonction de filtre dans la mesure où les connaissances qui seraient utilisées pour surmonter le traumatisme ou celles qui seraient stockées en mémoire au moment de la confrontation traumatique et par la suite (par exemple au sein des enregistrements mnésiques traumatiques et post-traumatiques) devraient nécessairement être compatibles avec leur valence. Les ruminations évaluatives centrées sur soi, quant à elles, ont été abordées par le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique et le modèle CaR-FA-X. Si le premier d'entre eux les considère comme une forme d'évitement cognitif (Dunmore, Clark, Ehlers, 1999 ; 2001 ; Murray, Ehlers, Mayou, 2002) et les appréhende comme une conséquence des évaluations rétrospectives négatives, le second insiste sur les effets qu'elles produisent sur le renforcement et la densification du réseau de connaissances conceptuelles liées au *self* et sur les difficultés secondaires à se détacher d'elles dès lors qu'il s'agit d'évoquer le moindre souvenir autobiographique spécifique. Enfin, la nature perturbée des souvenirs traumatiques volontairement évoqués a été abordée par tous les modèles. Que ces souvenirs soient désorganisés et fragmentaires (dans la théorie de la représentation duale et le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique) ou surgénéralisés (dans le modèle CaR-FA-X), ils sont tous le fruit de dysfonctionnements mnésiques. Cependant, le processus mnésique affecté diffère selon les modèles. Ainsi, pour la théorie de la représentation duale et le modèle cognitif de l'état de stress post-traumatique, les processus touchés seraient l'encodage et le stockage de l'information, tandis que pour le modèle CaR-FA-X, il s'agirait du processus de récupération. (Ponseti-Gaillochon & Duchet Molenda, 2009).

1-4- Approche phénoménologique du traumatisme psychique

Le terme « syndrome psychotraumatique », auquel sont attachés les psychiatres français, permet de se placer dans une perspective qui n'est pas trop marquée par l'idéologie, celle qui fait référence à la psychanalyse comme le concept de névrose traumatique (Freud, Ferenczi, Fenichel) ou d'état de stress post traumatique du DSM qui met l'accent sur la dimension biopsychologique du trouble et introduit une confusion entre stress et trauma. (Lempérière, 2011, p.7)

En effet, dès 1952, on commence à appliquer le terme de stress aux situations qui peuvent être interprétées comme psychiquement traumatisantes, telles que les interventions militarisées. L'application du concept de stress à celui de traumatisme a partiellement servi les intérêts politiques relatifs au statut et aux dédommagements des vétérans de guerre. En effet, ce n'est qu'à partir du moment où la détresse psychique des soldats a été appréhendée comme la résultante d'un phénomène « stressant », que la guerre s'est vue considérée comme l'agent étiologique de leur souffrance. Par conséquent, la question de la responsabilité personnelle, soulevée à travers des jugements négatifs comme la lâcheté, l'avarice ou autre contournée. La responsabilité était davantage imputée à des traits de personnalité péjoratifs consécutifs au combat, plutôt qu'au soldat lui-même. Si la répercussion politique de l'application du stress au traumatisme a largement contribué au respect des soldats psychologiquement accablés, elle n'a eu que des répercussions défavorables au niveau de nos connaissances concernant l'évolution, à moyen et à long terme, des effets de l'exposition aux événements traumatisants. La théorie classique sur le stress reste centrée sur les réponses physiques et psychologiques données simultanément ou immédiatement après l'événement en question. Le trauma va bien au-delà de celle du stress puisqu'elle prend en compte les effets à moyen et à long terme. Le trauma fait appel à des réactions pathologiques qui s'étendent sur une longue période, tandis que le stress implique des processus à court terme. Par ailleurs, tous les événements stressants ne sont pas traumatisants. (Sadlier, 2001).

Précisons que la traduction française crée des différences de sens qui n'apparaissent pas dans la version originale de langue anglaise : *post traumatic stress disorder*. De ce fait, le mot *disorder* est remplacé par *état*, quand la traduction correcte est *trouble*, et de la même façon *post traumatic stress* devient de manière erronée *stress post-traumatique*, faisant ainsi de *traumatique* un complément d'objet direct, alors qu'en anglais il se présente comme un adjectif qui modifie le nom *stress*. (Sadlier, 2001, p.37)

L'un des avantages de cette approche est qu'elle laisse cliniciens et chercheurs libres de travailler à partir de perspectives théoriques différentes. Cependant, le terme de stress est perçu comme peu approprié par les cliniciens qui lui reprochent une connotation théorique trop comportementaliste. Plus encore, dans le DSM, la quasi-absence des dynamiques sous-jacentes peut être critiquée comme une vision réductrice des troubles psychologiques, puisque cette classification ne

prendrait en compte que les signes manifestes de la détresse psychique, sans les relier à l'histoire psychique du sujet et à son expérience subjective. En outre, en combinant les termes de stress et de traumatique, on a pris le parti consensuel d'associer des références classificatoires à la fois physiologiques, psychologiques et intrapsychiques. (Sadlier, 2001).

Dans ce cadre, le stress est défini comme suit « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défens, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée ». (Crocq, 2014b, pp.9-10).

Les « syndromes psychotraumatiques » désignent l'ensemble des états séculaires consécutifs à un traumatisme psychique (Barrois, 1988 ; Crocq, 1998). Ils sont décrits classiquement dans les suites d'une catastrophe collective (bombardements de guerre, attentats, tremblements de terre, catastrophes naturelles ou technologiques, déportations) ou individuelle (accidents et agressions physiques ou sexuelles). (Chahraoui, 2014, p.5)

Plus récemment, se référant à Lacan, des cliniciens tels que Briole et Lebigot (1994) ont réhabilité cet aspect. Pour eux, ce qui fait essentiellement trauma, c'est la confrontation inopinée avec le réel de la mort. Dans la vie courante, nous ne sommes pas confrontés directement au réel du monde, mais à la réalité que nous en construisons, dès le stade de la perception, par le biais de nos symboles, de notre langage, de nos représentations mentales et de notre culture. Nous ne percevons du monde qu'une réalité édulcorée, travestie par le fantasme et choyée par le rêve (Crocq, 1999). Or, voici que l'événement violent nous met subitement et directement en contact avec le « réel de la mort », sans que nous ayons eu le temps ni même la possibilité d'interposer devant cette perception l'écran protecteur de notre système signifiant (selon Lacan), et d'habiller ce réel en réalité. D'où l'expérience fondamentale d'effroi, pressentiment de la mort de soi-même, ou destruction totale, néantisation, avec ses vécus cliniques de « trou noir », ou de « panne psychique » par défaut de parole et de pensée. (Crocq, 2014b, p.13)

Approfondissant la métaphore de l'effraction au travers du pare-excitation, Lebigot (2003 et 2004) dit que l'image traumatique pénètre très profondément dans l'appareil psychique, atteignant non seulement le niveau de l'inconscient où elle pourrait un jour (sous l'effet d'une thérapie) nouer des liens avec le maillage des représentations de l'inconscient et se transformer ainsi en souvenir sensé, mais encore le lieu – inaccessible à la conscience – du refoulé originaire. C'est le lieu

« d'avant le langage », où sont déposées les premières expériences du nourrisson, expériences brutes de jouissance dans la complétude alimentaire, ou d'anéantissement par défaut du contact maternel. Avec l'acquisition du langage, ces expériences ont fait l'objet d'un premier refoulement, à partir duquel elles constituent le socle d'élaboration fantasmatique de l'« objet perdu », où les angoisses de perte de satisfaction, de perte d'objet, et de castration, référées au principe du plaisir, remplaceront les angoisses d'anéantissement (d'où l'intitulé de l'essai de Freud *Au-delà du principe du plaisir*). Or, l'expérience traumatique, court-circuitant le recours au langage, court-circuite aussi le refoulement originaire et renvoie le sujet, horrifié et fasciné, à ses expériences archaïques d'anéantissement et de jouissance brute. (Crocq, 2014b, p.13).

Le traumatisme psychique résulte de l'invasion de l'espace mental du sujet par le réel de la mort, le néant comme expérience. La victime sort de cette rencontre avec des éprouvés extrêmes qui feront le socle des symptômes de la névrose traumatique: cauchemars, angoisse de néantisation, dépression, troubles des conduites, maladies psychosomatiques. Le point central de ces éprouvés est un sentiment soudain, violent, durable, douloureux de déshumanisation. (Lebigot, 2011)

Le traumatisme est une catastrophe personnelle, accompagnée du sentiment que la vie s'est arrêtée. L'effroi face à la menace vitale et les situations de stress majeurs entraînent des réactions immédiates et à long terme, dont certaines aboutissent à une décompensation psychosomatique. Un abord spécifique devrait permettre au sujet de revenir sur l'événement traumatique, d'établir des liens avec d'autres moments de son histoire, afin de faire le deuil de " l'avant " et d'investir à nouveau l'avenir. (Ferragut, 2005)

Le traumatisme psychique est un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement stressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu qui y est confronté. Il donne lieu subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours. Dans les suites immédiates de la confrontation à une situation de "catastrophe", le sujet peut développer un état de stress aigu, réaction bio-physio-psychologique immédiate d'alarme et de défense. Certaines personnes présenteront par la suite un état de stress post-traumatique, d'autres non. (Morgan, 2012)

Le traumatisme psychique confronte brutalement l'individu à la mort, sans que celui-ci y ait été préparé. Ce sont toutes les composantes de la personne qui se retrouvent ainsi face à une expérience qui ne trouve pas

de système signifiant pour l'accueillir, provoquant une rupture dans l'organisation de la structure globale du sujet. (Tchatié, 2007)

Le traumatisme psychique, issu de la rencontre avec la mort et de l'angoisse de néantisation a non seulement des effets désorganiseurs directement sur le psychisme individuel, mais aussi sur le sentiment d'appartenance à un groupe social. Il se manifeste à la fois par une effraction des enveloppes psychiques et une effraction des enveloppes groupales. (Damiani, 2004)

1-5- Approche biologique du traumatisme psychique

Le stress post traumatique implique des changements cérébraux, changeant la réponse de l'individu à un futur stress. (Bowen, Chawla & Marlatt, 2019, p.218)

Dès lors, pour comprendre les symptômes post-traumatiques, il est utile de connaître leurs bases neurobiologiques. La peur associée à l'épisode traumatique se traduit au niveau biologique par une libération d'adrénaline, entraînant à son tour une activation du système noradrénaline tout en générant une hypersensibilisation des récepteurs à celle-ci. Le tableau clinique des états de stress se répartit donc entre deux types de manifestations qui peuvent coexister chez la même personne : les symptômes indiquant un dépassement du seuil de tolérance (hyperactivation) et les symptômes relevant de l'engourdissement (hypoactivation) (Smith & Crochet, 2012, p.85)

Dès lors, la biologie des troubles psychotraumatiques est complexe et implique différents mécanismes liés à la survie, aux apprentissages, à la formation de la mémoire et à des phénomènes d'ajustement et d'adaptation modulés par l'environnement. La rapidité de mise en place de ces réactions se compte en termes de fractions de secondes (reflexe de défense tels les sursauts), en secondes (activation sympathique), en minutes (déclenchement de l'axe hypothalamo-hypophysaire HPA), en heures (expression génique précoce), en jours (consolidation mnésique) et en mois (altération de la structure cérébrale). (Ducrocq & Vaiva, 2012, p.129)

Les violences terrorisantes, incohérentes et impensables créent un tel sentiment d'impuissance et d'effroi, qu'elles vont pétrifier le psychisme. Elles sidèrent et mettent en panne le cortex cérébral de telle sorte qu'il ne pourra plus jouer son rôle de modérateur ou d'extincteur de la réponse émotionnelle. La réponse émotionnelle en situation de danger est déclenchée par l'amygdale cérébrale. Cette dernière est une petite structure sous-corticale qui contrôle la mémoire émotionnelle, ainsi que l'expression des réponses émotionnelles. Elle joue un rôle

d'alarme et prépare l'organisme à réagir face au danger en commandant la sécrétion, par les surrénales, d'hormones de stress : l'adrénaline et le cortisol, qui vont avoir pour effet d'augmenter le débit d'oxygène et de glucose dans le sang. En cas de sidération du cortex cérébral, il n'y a ni modulation, ni extinction de la réponse émotionnelle. La réponse émotionnelle monte alors en puissance sans rien pour l'arrêter avec une hyperactivité de l'amygdale cérébrale et atteint un stade de stress dépassé qui représente un risque vital par « survoltage » pour l'organisme : risque cardio-vasculaire et neurologique. Ce risque vital impose la mise en place par le cerveau de mécanismes de sauvegarde neurobiologiques exceptionnels sous la forme d'une disjonction. C'est un court-circuit qui isole l'amygdale cérébrale et permet d'éteindre la réponse émotionnelle, protégeant ainsi le cœur et le cerveau. La disjonction du circuit émotionnel se fait à l'aide de la libération par le cerveau de neuromédiateurs qui sont des drogues dures endogènes. Cette disjonction entraîne une anesthésie émotionnelle et physique alors que les violences continuent, et elle donne une sensation d'irréalité, de déconnexion, d'indifférence, d'insensibilité, de corps mort, de n'être plus dans la situation, mais de la vivre de l'extérieur, c'est ce qu'on appelle la dissociation péri-traumatique. La disjonction est aussi à l'origine de troubles de la mémoire sous la forme d'une mémoire traumatique. (Salmona, 2012, p.115)

On a constaté, dans les suites immédiates d'un événement stressant, une insuffisance de production du cortisol. Celle-ci serait en relation avec une réponse exagérée des catécholamines et des neuropeptides, qui elles-mêmes engendreraient un processus de mémorisation anormale de l'événement traumatique. Cela traduirait l'état d'hypervigilance et de détresse fixée dans le souvenir de l'événement. L'étude des mécanismes d'ajustement au stress met en relief l'intrication des systèmes physiologiques (nerveux, endocrinien, immunitaire) et psychiques, cognitifs et comportementaux. (Jeanneau-Tolila, 2012, p.363).

La mémoire émotionnelle des violences va rester piégée dans l'amygdale, isolée elle ne sera pas traitée par l'hippocampe. Cette mémoire traumatique va alors rester vive, bloquée dans l'amygdale cérébrale, en l'état, chargée de l'émotion initiale. Telle une mine, elle est hypersensible et susceptible de s'allumer lors de tout stimulus rappelant le traumatisme. Même des années, voire des décennies après les violences, la mémoire traumatique peut exploser au moindre lien ou stimulus qui rappelle les violences. Elle s'exprime sous forme de réminiscences, de flash-back soudain, de rêves et de cauchemars, d'hallucinations, etc. (Salmona, 2012, p.116)

1-6- D'autres approches théoriques du traumatisme psychique

Il existe une variabilité interindividuelle très forte dans les conséquences psychologiques et psychiatriques faisant suite à une rencontre avec l'indicible, l'innommable. L'écologie individuelle s'articule à l'écologie collective de la communauté, à ses rites et traditions, à son mode de vie, son système de représentations, de valeurs, et à sa spiritualité. Un événement s'avère alors être traumatique pour un individu en fonction du sens donné à cette expérience de vie, appréciée au travers du prisme de codes culturels qu'il a intégrés et qui font partie de sa vie subjective. Le clinicien se doit alors d'appréhender l'importance des dimensions culturelle et psychosociale dans le processus de traumatisation et d'émergence du TSPT. Il s'agit de donner au patient la possibilité d'élaborer l'événement traumatique dans une démarche active et exploratoire (Nonnotte, 2017)

Par ailleurs, une approche humaniste du trauma se concentre sur les agents thérapeutiques de transformation qui aident l'individu à passer de « victime » à « survivant » et « thriver » face au trauma. Une étude qualitative approfondie de ces facteurs de transformation parmi des participants identifiés comme des survivants ou des « thrivers » révèlent la présence de thématiques autour du sens et de la confrontation à la mort. Dans une perspective humaniste, un événement traumatique est une perturbation si sérieuse qu'elle menace notre existence, bouleverse les fondations de ce que nous sommes et de ce que nous avons été. Cela nous met face à la plus basique des impuissances et notre mortalité. Le trauma nous confronte à la réalité de la mort, balayant nos vies aseptisées et notre monumental déni de la mort. Une approche humaniste de la psychologie du trauma peut amener à rapprocher les êtres de leur vérité et de leur humanité. Cela s'opère en soutenant les survivants d'un trauma dans leur confrontation aux problèmes et aux fondamentales questions existentielles de la mort et du sens profond de la vie et en les aidant à atteindre de nouveaux niveaux de croissance spirituelle et psychologique. En transcendant le trauma, les survivants peuvent devenir des « thrivers ». (Knafo, 2016)

2- Plaidoyer pour une approche intégrative du traumatisme psychique

Ce point vise une réflexion tentant de cheminer vers une démarche intégrative permettant d'aborder les situations psychotraumatologiques. Une approche intégrative permet de cerner toutes les manifestations symptomatiques de la blessure psychique et de prendre en compte également tous les bouleversements subjectifs, cognitifs,

comportementaux, relationnels, etc induits par le trauma, sans morceler le malade. Toutefois, les approches actuelles du psychotrauma ne sont pas contradictoires, au contraire, elles sont complémentaires, du moment où chacune d'elle s'occupe d'un aspect précis du fonctionnement de l'individu traumatisé.

Au cours des dernières décennies du XXe siècle, les psychiatres ont balancé dans ces trois champs entre le « tout social », le « tout biologique » et le « tout psychologique ». Ceci témoigne, à mon sens, non de leur indécision mais de la complexité et de la richesse de notre discipline (Quintilla & Pelissolo, 2015). Le débat majeur dans le champ de la psychopathologie entre les représentants de l'organogenèse, de la sociogenèse et de la psychogenèse est aujourd'hui dépassé. Aucune de ces approches ne constitue une théorie explicative susceptible de rendre compte de la totalité des phénomènes qu'elles étudient. Sur le constat de ces limites s'est imposé un autre modèle, aujourd'hui dominant dans le champ de la psychopathologie, qui vise à l'intégration des différents modèles explicatifs des troubles mentaux et présente une causalité plurifactorielle. Ainsi, de nombreux théoriciens ont abandonné une approche purement organiciste ou psychique au profit d'un abord interactionniste qui privilégie l'influence des facteurs les uns sur les autres et va dans le sens d'une explication dynamique des affections mentales (Capdevielle & Doucet, 2004).

Ainsi, la psychopathologie est caractérisée par des fondements neuro-bio-psycho-socio-psychanalytique, cela vise une meilleure compréhension et intégration de la psychopathologie. Dès lors, il est tout à fait évident qu'une réflexion sur l'approche intégrative se mette en place, en tentant une incorporation des perspectives biologique, psychologique, sociale et culturelle. Ainsi, l'approche intégrative retenue permet de mettre en perspective les différentes approches et de retenir celles qui sont les plus pertinentes pour une pathologie donnée. Alors, en quoi consiste cette approche ? Nous allons nous référer à la conception de Ionescu, pour y répondre. À ce propos, il écrit « l'approche est désignée comme intégrative parce qu'elle réunit l'ensemble des informations pertinentes apportées par les autres approches de la psychopathologie, informations qui permettent de formuler des réponses (partielles ou complètes) aux questions que soulèvent, pour le chercheur et pour le praticien, les troubles mentaux. Dans ce sens, l'intégration proposée ici a comme objectif de réunir les contributions des différentes approches, contributions obtenues dans des cadres théoriques différents, avec des méthodes spécifiques à ces

cadres théoriques, et ne vise pas une fusion des approches pour créer un corpus théorique nouveau ou une méta-approche » (Ionescu, 2015). Dès lors, l'apport d'une réflexion psychosociale peut profiter, premièrement, au chercheur en sciences humaines qui a l'opportunité d'adopter une approche pluridisciplinaire, deuxièmement, au clinicien qui est invité à une réflexion constante autour du sujet dans sa totalité permettant d'éviter l'application automatique de schémas simplificateurs. Les différentes approches évoquées jusqu'ici dans l'étude du psychotraumatisme, si elles utilisent parfois des variables sociales, ne sont paradoxalement pas envisagées dans leur spécificité psychosociale. La perspective reste descriptive, et consiste le plus souvent à expliquer la présence ou non des événements traumatiques chez les individus sans tenir compte de leur appartenance sociale et des prescriptions de rôles que les places sociales impliquent. Or, il importe de développer une approche plus fonctionnelle qui insiste sur la spécificité de la cognition humaine, qui prend sa forme et se structure au sein même du contexte social et culturel de la personne victime. Par conséquent, la psychologie clinique et la psychiatrie, au travers des modèles psychopathologiques qui y sont déclinés, pourraient être mieux pensées dans leurs ancrages culturels qui sont le prisme à partir duquel l'identité, l'individualité, le sens, et la représentation de la vie et de la mort se construisent (Nonnotte, 2017).

Conclusion

Cet article présente une synthèse des connaissances qui existent actuellement au chapitre du trouble traumatisme psychique. Dans une perspective théorique intégrative, les collaborateurs d'horizons disciplinaires variés (neurosciences, psychologie cognitive, psychologie du développement, théorie de l'attachement, psychanalyse) rapportent les connaissances issues de la recherche et de l'observation clinique. En incorporant les perspectives biologique, psychologique, sociale et culturelle, l'approche intégrative du trauma peut être considérée comme importante car permettant une meilleure compréhension de cette pathologie mentale.

Liste des références

1. Américan Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5)*. Paris : Masson.
2. Américan Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 : critères diagnostiques*. Paris : Masson.
3. Américan Psychiatric Association. (2016b). *DSM-5 - Cas cliniques*. Paris : Masson.
4. Américan Psychiatric Association. (2016c). *DSM-5 - Diagnostics Différentiels*. Paris : Masson.
5. Barlow, D-H., Durand, M., & Gottschalk, M. (2016). *Psychopathologie : Une approche intégrative*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
6. Barnhill, J-W. (2016). Troubles dissociatifs. In J-W. Barnhill (dir), *DSM-5 cas cliniques* (pp.137-146). Paris : Masson.
7. Barnhill, J-W. (2016). Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. In J-W. Barnhill (dir), *DSM-5 cas cliniques* (pp.119-135). Paris : Masson.
8. Barrois C (1998). *Les névroses traumatiques* (2^e éd). Paris : Dunod.
9. Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2019). *Addictions : prévention de la rechute basée sur la pleine conscience*. De Boeck Supérieur.
10. Braconnier, A. (2006). *Introduction à la psychopathologie*. Paris : Masson.
11. Busson, B. (2008). *Le traumatisme psychique : altération de la personnalité et syndrome de stockholm*. Paris : Dunod.
12. Capdevielle, V., & Doucet, C. (2004). *Psychologie clinique et psychopathologie* (2^e éd). Paris : Armad Colin.
13. Chahraoui, Kh. (2014). *15 cas cliniques en psychopathologie du traumatisme*. Paris : Dunod.
14. Chauvel, E-J. (2013). Sandor Ferenczi. In M, Kédia A, Sabouraud-Seguin (Dir), *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie* (2^e éd) (pp.19-25). Paris : Dunod.
15. Chemama, R., & Vandermersch, B. (2009). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Larousse.
16. Croas, J. (2012). Repères métapsychologiques autour du traumatisme. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (23-36). Paris : Dunod.
17. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Masson.
18. Crocq, L. (2014b). Stress et trauma. In L. Crocq (Dir.), *Traumatismes psychiques. Prise en charge des victimes* (pp.7-16). Paris : Elsevier Masson.
19. Damiani, C. (2004). *Traumatisme psychique. Thérapie et réparation*. Paris : Phillipe Duval.
20. Damiani, C. (2011). Syndrome psychotraumatique. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.241-244). Paris : Philippe Duval.

21. Ducrocq, F., & Vaiva, G. (2012). Troubles psychotraumatiques aigus et prévention secondaire. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs.* (pp.129-136). Paris : Dunod.
22. Ferragut, E. (2005). *Emotion et traumatisme.* Paris : Masson.
23. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4^e èd). Paris : Armand Colin.
24. Jeanneau-Tolila, P. (2012). Pathologies traumatiques et réactions pathologiques aux événements de vie. In V. Kapsambelis (Dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (pp.359-376). Paris : PUF.
25. Josse, E. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte* (2^e èd). Paris : De Boeck Supérieur.
26. Knafo, D. (2016). *Une approche humaniste de la psychologie du trauma.* Repéré sur www.psychologue-libourne.com.
27. Lebigot, F. (2011). Névrose traumatique. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.163-168). Paris : Philippe Duval.
28. Lempérière, Th. (2011). Préface. In C. Damiani et F. Lebigot (Dir), *Les mots du trauma* (pp.7-8). Paris : Philippe Duval.
29. Lim-Sabbah, I. (2010). *Psychiatrie.* Paris : Masson.
30. More, C. (2006). *Les violences sexuelles sur mineurs.* Paris : L'Harmattan.
31. Morgan, S. (2012). *L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs.* Mon petit éditeur.
32. Neuburger, R. (2005). *Les Familles qui ont la tête à l'envers. Revivre après un traumatisme familial.* Paris : Odile Jacob.
33. Nonnotte, A-C. (2017). Trauma et culture. *European Journal of Trauma & Dissociation*, (2), 121-129.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). *CIM-10-ICD-10, critères diagnostiques pour la recherche, classification internationale des maladies.* Canada : Québec.
34. Pedinielli, J-L., Bertagne, P. (2010). *Les névroses* (2^e èd). Paris : Armand Colin.
35. Pirlot, G., & Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques.* Paris : Armand Colin.
36. Ponseti-Gaillochon, A., Duchet, C., & Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique.* Paris : Dunod.
37. Quintilla, Y., & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutique en psychiatrie. Théories et applications cliniques.* Paris : Masson.
38. Rebière, D. (2014). *Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique.* Rennes : Université de Rennes.
39. Sadlier, K. (2001). *L'état de stress post-traumatique chez l'enfant.* Paris : PUF.
40. Salmona, M. (2012). Mémoire traumatique et conduites dissociantes. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs.* (113-120). Paris : Dunod.

41. Smith, J., & Crochet, S. (2012). Evaluation et prise en charge des victimes. In R. Coutanceau, J. Smith et S. Lemitre (dir). *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. (pp.85-98). Paris : Dunod.
42. Tarquinio, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.
43. Tchatié, A-N. (2007). *Danse-thérapie et traumatisme psychique*. Paris : Université Paris 7-Xavier Bichat.