

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quel cadre nosographique pour les traumatismes
interpersonnels répétés dans l'enfance ?
Une revue de littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2020 à 17 h 30
au Pôle Formation salle 3
par Pauline CATOIRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Nicolas GAUD-LE PIERRES

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ACTH	Hormone adréno-corticotrope
AEE	Abus Émotionnel dans l'Enfance
APE	Abus Physique dans l'Enfance
ASE	Abus Sexuel dans l'Enfance
CFTMEA	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNEP	Crises Non Epileptiques Psychogènes
CRH	<i>Corticotropin-Releasing Hormon</i>
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DESNOS	<i>Disorders of Extreme Stress Not Other Specification</i>
DSED	<i>Disinhibited Social Engagement Disorder</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
DTD	<i>Developmental Trauma Disorder</i>
EMDR	<i>Eyes Movement Desensitization Reprocessing</i>
EVC	Exposition à la Violence Conjugale
HHS	(axe) Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien
RAD	<i>Reactional Attachment Disorder</i>
RDI	<i>Resource Development and Installation</i>
STAIR	<i>Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation</i>
TESD	Trouble d'Engagement Social Désinhibé
TCC	Thérapie Comportementale et Cognitive
TCD	Thérapie Comportementale Dialectique
TPB	Trouble de la Personnalité de type Borderline
TRA	Trouble Réactionnel de l'Attachement
TRC	Thérapie de Restructuration Cognitive
TSPT(-C)	Trouble de Stress Post-Traumatique (-Complexe)
TTD	Trouble Traumatique Développemental

Table des matières

RESUME.....	14
INTRODUCTION.....	16
PARTIE 1 : VIGNETTES CLINIQUES	18
A. A L'ORIGINE DE CE TRAVAIL : ANAÏS	18
B. LE CAS DE M. P	20
C. LE CAS DE MME L.....	22
PARTIE 2 : TRAUMATISMES INTERPERSONNELS REPETES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE	24
A. LE PSYCHOTRAUMATISME	24
1. <i>Mise en perspective historique</i>	24
2. <i>Clinique du traumatisme psychique</i>	25
3. <i>Epidémiologie</i>	29
B. LES TRAUMATISMES INTERPERSONNELS REPETES DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE	31
1. <i>Définitions</i>	31
2. <i>Données épidémiologiques</i>	34
C. LE PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE.....	35
1. <i>Pertinence d'un cadre nosographique spécifique</i>	35
2. <i>Clinique du psychotraumatisme complexe</i>	37
3. <i>Influence développementale des traumatismes interpersonnels répétés</i>	40
D. ENTITES NOSOGRAPHIQUES ASSOCIEES AU TRAUMATISME INTERPERSONNEL REPETE DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE	43
1. <i>Evolution de la place du psychotraumatisme complexe dans la nosographie</i>	43
2. <i>Le psychotraumatisme complexe dans les classifications actuelles</i>	43
3. <i>Le Traumatisme Développemental</i>	46
4. <i>Le fonctionnement de type borderline associé au psychotraumatisme</i>	47
5. <i>Autres entités potentiellement associées aux expositions traumatiques dans l'enfance</i>	49
PARTIE 3 : REVUE SYSTEMATIQUE DE LITTERATURE	51

A.	INTRODUCTION.....	51
B.	MATERIELS ET METHODES.....	52
1.	<i>Critères de sélection</i>	52
2.	<i>Stratégie de recherche</i>	53
3.	<i>Procédure</i>	54
C.	RESULTATS.....	56
1.	<i>Etudes sélectionnées</i>	56
2.	<i>Caractérisation de la population incluse</i>	62
3.	<i>Caractérisation de l'exposition traumatique</i>	64
4.	<i>Données cliniques évaluées</i>	66
5.	<i>Interventions étudiées</i>	67
6.	<i>Tableau récapitulatif</i>	77
D.	DISCUSSION.....	78
1.	<i>Un corpus expérimental inhomogène</i>	78
2.	<i>Perspectives pour la recherche et la clinique</i>	82
	CONCLUSION.....	88
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	91
	ANNEXE 1 : INSTRUMENTS UTILISES POUR LE RECUEIL DES EXPOSITIONS TRAUMATIQUES....	105
A.	EXPOSITION A DES EVENEMENTS TRAUMATIQUES DIVERS.....	105
1.	<i>TLEQ (114) Traumatic Life Events Questionnaire</i>	105
2.	<i>CEQ Childhood Experiences Questionnaire (Linehan, non publié)</i>	105
3.	<i>Inventaires intégrés à d'autres instruments</i>	105
B.	MESURE SPECIFIQUE DE L'EXPOSITION A DES TRAUMATISMES INTERPERSONNELS.....	106
1.	<i>STI Standardized Trauma Interview (Resick)</i>	106
2.	<i>SAEQ (117) Sexual Abuse Exposure Questionnaire</i>	106
3.	<i>AE-III-PP (117) Assessing Environment-III-Physical Punishment</i>	106
C.	MALTRAITANCE ET EVENEMENTS ADVERSES DE L'ENFANCE.....	106
1.	<i>STI (118) Structured Trauma Interview (Draijer)</i>	106
2.	<i>ITEC (119) Interview for Traumatic Events in Childhood</i>	107
3.	<i>CTES (120) Childhood Traumatic Events Scale</i>	107
	ANNEXE 2 : MOYENS D'EVALUATION DU TSPT ET DU PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE.....	108

A.	INSTRUMENTS SPECIFIQUES DU TSPT ET DU TSPT-C	108
1.	<i>Auto-évaluation</i>	108
2.	<i>Hétéro-évaluation</i>	110
B.	MOYENS D'ÉVALUATION DU TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE.....	113
1.	<i>Auto-évaluation</i>	113
2.	<i>Hétéro-évaluation</i>	115
C.	DIMENSIONS CLINIQUES ENTRANT DANS LA DESCRIPTION DU PSYCHOTRAUMATISME	
COMPLEXE	116
1.	<i>Capacités du soi : IASC (145) Inventory of Altered Self-Capacities</i>	116
2.	<i>Dissociation</i>	117
3.	<i>Comportements dangereux</i>	118
4.	<i>Perceptions de soi et du monde</i>	118
5.	<i>Régulation émotionnelle et comportementale</i>	119
6.	<i>Difficultés interpersonnelles : IIP (160) Inventory of Interpersonal Problems</i>	120
	ANNEXE 3 : AUTRES DIMENSIONS EVALUEES.....	121
A.	AUTRES TROUBLES.....	121
1.	<i>Symptômes dépressifs</i>	121
2.	<i>Anxiété</i>	121
B.	HABILETES PARENTALES ET RELATION PARENTS-ENFANT	122
1.	<i>PRQ (168) Parenting Relationship Questionnaire</i>	122
2.	<i>PRFQ-1 (169) Parental Reflective Functioning Questionnaire</i>	123
C.	INSTRUMENTS GENERALISTES	123
1.	<i>Evaluation globale de la santé mentale des adultes</i>	123
2.	<i>Evaluation globale de la santé mentale des enfants</i>	124
3.	<i>Fonctionnement global et qualité de vie</i>	125
	ANNEXE 4 : TABLEAUX DE PRESENTATION DES DONNEES	126

RESUME

Le psychotraumatisme complexe, caractérisé par l'exposition à des traumatismes répétés ou durables, à caractère interpersonnel et généralement dans l'enfance, est une entité fréquente en clinique et dont les conséquences sont envahissantes. Ces expositions entraînent des altérations durables tant sur le plan neurobiologique que sur celui de l'attachement. Leurs conséquences se traduisent en clinique par des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale, une perception négative de soi et des difficultés interpersonnelles. Plusieurs cadres nosographiques tentent de les circonscrire. Dans ce travail nous avons retenu les trois cadres les plus étudiés que sont le trouble de stress post-traumatique complexe, le traumatisme développemental et le trouble de personnalité borderline. En s'appuyant sur trois vignettes cliniques nous avons décrit dans un premier temps la clinique et les modèles conceptualisant le psychotraumatisme complexe. Nous avons ensuite réalisé une revue systématique des études évaluant une intervention thérapeutique dans ces trois cadres. Nous avons inclus 23 études, dont 20 essais cliniques. La littérature était hétérogène tant au plan de l'application du cadre diagnostique, que de l'exposition envisagée et de la population étudiée. Nous avons mis en lumière que ces diagnostics semblent s'adresser à une population partageant de nombreuses caractéristiques et proposer des principes thérapeutiques proches. Ils conservent néanmoins des spécificités cliniques et il semble nécessaire de poursuivre la recherche d'un cadre diagnostique mieux partagé. Pour l'enfant, le cadre du traumatisme développemental est celui qui prend le mieux en compte les capacités et les besoins spécifiques de la population pédiatrique. Ces trois approches nous permettent de proposer

un cadre intégré pour le psychotraumatisme complexe qui postule que l'exposition traumatique répétée est responsable de fragilités et de comportements adaptatifs qui se prennent eux-mêmes un caractère dysfonctionnel. Nous pointons également l'importance d'une prise en charge associant développement de compétences, réduction de la souffrance et soutien à l'élaboration de son histoire de vie. Chez l'enfant nous mettons l'accent sur l'importance d'une prise en charge articulée et s'adressant à l'ensemble des personnes ressources de la vie de l'enfant.

INTRODUCTION

Le traumatisme psychique fait l'objet d'une littérature scientifique de plus en plus abondante, d'une préoccupation clinique grandissante depuis plusieurs années et d'une montée en puissance de dispositifs de soins dédiés. C'est principalement autour du psychotraumatisme dit « simple », issu de la confrontation à un évènement traumatique unique, que se précisent les connaissances scientifiques actuelles. La recherche autour du psychotraumatisme de l'adulte connaît des avancées importantes, portées notamment par la nécessité de répondre aux besoins des populations, notamment dans le cadre des attentats perpétrés sur le sol français ces dernières années ou de l'optimisation de la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales.

Dans la pratique du psychiatre de l'enfant et de l'adolescent néanmoins, la pathologie traumatique est plus souvent en lien avec des évènements traumatiques répétés ou durables, à caractère interpersonnel, et pouvant impliquer des agressions de la part d'un proche ou d'une figure d'attachement. Outre la nature et la répétition du traumatisme, c'est aussi l'impact d'un évènement traumatique chez un être en construction qui en fait la spécificité, cet évènement pouvant venir entraver le développement global de l'enfant ou l'adolescent.

Plusieurs auteurs ont soulevé l'inadéquation entre le diagnostic de Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et la clinique présentée par les enfants, adolescents ou adultes ayant été exposés à ce type de traumatisme. Ils mettent en avant une symptomatologie qui déborde ce cadre nosographique et qui comprend des difficultés de régulation émotionnelle, comportementale, des cognitions négatives invalidantes et des difficultés

relationnelles.

Divers cadres nosographiques ont été utilisés pour décrire ces réalités cliniques en lien avec le traumatisme interpersonnel répété : trouble de stress post-traumatique complexe, de type II, DES-NOS (*Disorder of Extreme Stress – Not Otherwise Specified*), traumatisme développemental, trouble de la personnalité de type borderline, fonctionnement limite de l'enfant ou de l'adolescent et troubles réactionnel de l'attachement et d'engagement social désinhibé. Si elles se chevauchent en partie, ces entités sont issues de modèles de conceptualisation différents et examinent des champs cliniques distincts.

Nous décrirons d'abord trois vignettes cliniques témoignant de la diversité clinique associée aux antécédents d'expositions traumatiques répétées.

Nous essaierons ensuite de rendre compte de l'état des connaissances autour du psychotraumatisme, du psychotraumatisme complexe et des différents modèles de conceptualisation de cette entité et leur traduction nosographique.

Nous faisons ensuite l'hypothèse que ces cadres nosographiques différents se traduisent dans la recherche thérapeutique par des différences dans la méthodologie des essais et dans les objectifs des traitements étudiés. En nous appuyant sur une revue systématique de littérature nous illustrerons en pratique l'utilisation faite de ces différents cadres diagnostiques et nous tenterons d'identifier les points de convergence et les différences entre ces cadres, ainsi que les perspectives scientifiques qui s'en dégagent.

Pour conclure, nous avons tenté de proposer une compréhension unifiée du psychotraumatisme complexe et des principes pouvant guider la prise en charge. Nous avons en particulier porté une attention particulière aux spécificités pédopsychiatriques.

PARTIE 1 : VIGNETTES CLINIQUES

A. À l'origine de ce travail : Anaïs¹

Anaïs est une jeune fille de 12 ans qui consulte au CMP de son secteur pour la première fois, elle n'a aucun antécédent psychiatrique ou non psychiatrique personnel notable. Elle est accueillie dans la même famille d'accueil depuis sa petite enfance, à la suite de viols répétés intrafamiliaux, caractérisés par une particulière brutalité. L'auteur des violences est actuellement incarcéré pour ces faits. Le lien à son assistante familiale est bien investi. Elle est scolarisée en 4e en milieu ordinaire et est bien intégrée dans son établissement.

Elle se présente accompagnée de son assistante familiale pour des comportements sexualisés évoluant depuis plusieurs mois. Ces comportements problématiques sont limités aux moments où Anaïs est seule mais les conséquences physiques et matérielles la mettent elle et son assistante familiale en difficulté. En effet, Anaïs décrit une perte de contrôle et ces comportements sont une source de conflits entre son assistante familiale et elle. Cette symptomatologie semble isolée : il n'y a notamment pas d'argument pour un épisode dépressif, un TSPT actif ou pour un autre trouble pédopsychiatrique décompensé. Par ailleurs l'assistante maternelle décrit une jeune fille présentant des phénomènes adolescents classiques avec une recherche de conformisme dans son groupe de pairs et des comportements d'opposition légers dans la vie quotidienne.

¹ Les vignettes cliniques sont présentées à visée d'illustration, ainsi si elles s'inspirent de patient.e.s rencontré.e.s en pratique clinique, les noms ont été modifiés et l'histoire clinique a pu l'être également afin de préserver leur anonymat.

Les comportements sexualisés suscitent chez Anaïs un sentiment de honte importante et la peur intense que ceux-ci puissent mettre en péril la stabilité de son placement chez son assistante familiale. Nous sommes marqués par la réaction de son assistante maternelle qui tout en exprimant de façon transparente la gêne, l'agacement et l'inquiétude que génèrent chez elle ces comportements, accompagne Anaïs dans la consultation, en soutenant son élaboration et en l'assurant de la pérennité de son placement.

Au cours des entretiens, nous retrouverons néanmoins que si Anaïs a peu d'autres plaintes, elle décrit une estime d'elle-même très basse, une peur régulière de l'abandon, ainsi qu'une difficulté massive, même au vu de son âge, à identifier son vécu émotionnel, qu'elle a tendance à mettre à distance. Pour autant ce fonctionnement semble aujourd'hui lui poser peu problème.

Devant cette présentation nous ferons l'hypothèse que ces comportements sont à considérer comme des remises en acte d'une exposition traumatique précoce. L'absence de souvenir de cet événement rend un travail d'exposition difficile, ce pourquoi le choix sera fait initialement de proposer un suivi psychothérapeutique faisant appel à l'EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*).

La situation d'Anaïs fait naître plusieurs questions. D'abord le faible niveau de retentissement symptomatique malgré une histoire d'abus d'une particulière sévérité nous a interrogé sur les facteurs lui ayant permis de construire un ajustement extrêmement fonctionnel. Ensuite nous nous sommes interrogés sur les facteurs ayant pu déclencher cette symptomatologie qui coïncide à la fois avec l'accession à la puberté mais aussi avec la libération prévue prochainement de l'auteur des faits.

B. Le cas de M. P

M. P est un jeune homme d'une trentaine d'année, hospitalisé en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers dans le contexte d'une tentative de suicide.

Ce jeune homme a déjà été hospitalisé plusieurs mois plus tôt dans le contexte d'idéations suicidaires. Il s'était cette fois rendu au CMP de son secteur et avait été hospitalisé en centre de crise. On retrouve également une première tentative de suicide à l'adolescence ayant motivé une hospitalisation de quelques semaines en service de pédiatrie. Par ailleurs, M. P présente une consommation de cannabis quotidienne ancienne récemment diminuée.

Il vit en couple depuis deux ans, et est actuellement sans emploi après une longue période de travail intérimaire. Il décrit avoir quitté plusieurs emplois à la suite de difficultés relationnelles avec ses employeurs, qu'il transcrit par un vécu d'injustice. Il a un cercle amical bien investi, dont la plupart consomment également du cannabis. Il a peu de contacts avec sa famille en dehors d'un frère.

Il rapporte des violences psychologiques de la part de sa mère dans l'enfance, décrivant que celle-ci le dénigrerait régulièrement, lui disant qu'il n'avait pas été désiré. Il décrivait également des épisodes de violences physiques ponctuels à son encontre. Ces éléments de violence avaient systématiquement lieu hors de la présence de son père, sans que M. P ne décrive avoir pu s'appuyer sur celui-ci, expliquant qu'il avait le sentiment que son père ne voulait pas s'opposer à sa mère.

M. P consomme du cannabis depuis ses 14 ans, de façon importante et quotidienne. Il a tenté une première fois de réduire sa consommation à la demande de sa compagne mais a repris sa consommation devant une irritabilité, des troubles du sommeil et une labilité thymique. M. P a récemment à nouveau diminué sa consommation.

Concernant l'épisode actuel, M. P décrit des tensions de couple croissantes depuis quelques mois, en lien avec un vécu d'abandon. Sa compagne fait part lors des entretiens conjoints de disputes fréquentes, portant sur des choses anodines. Elle se plaint que M. P ait dans les moments de conflit des idées de jalousie sans fondement, des menaces de suicide en cas de séparation ainsi que parfois des propos dénigrants à son encontre. Ces tensions l'ont amené à envisager une séparation. À l'occasion d'une nouvelle dispute, et alors que sa compagne s'est isolée, M. P décrit un geste suicidaire extrêmement impulsif. Alertée par le bruit, sa compagne appelle les secours. Devant un refus de soin et une absence de critique du geste, M. P est hospitalisé sans son consentement.

A l'entrée, M. P présente un vécu sensitif qui peut faire douter d'idées délirantes. En effet il soupçonne sa compagne d'avoir influencé le médecin en faveur de son hospitalisation. Il présente également des éléments dépressifs légers, un sentiment de vide intérieur, une peur intense de l'abandon. L'évocation de son enfance induit des affects intenses de colère et de tristesse, qui s'accompagnent d'envies impérieuses de consommer du cannabis. Il se décrit comme n'ayant aucune valeur, et anticipant que sa compagne le quitte. On retrouvera ici également de grandes difficultés de mentalisation, M. P n'exprimant quasiment pas son vécu émotionnel en dehors d'un ressenti de tension interne.

A distance M. P pourra mettre en relation son geste suicidaire avec un vécu d'abandon brutal de sa compagne, déclenchant une symptomatologie intrusive sans franche reviviscence (ruminations sur les éléments de violence émotionnelle).

C. Le cas de Mme L.

Mme L est une patiente présentant un trouble schizoaffectif, qui sera prise en charge en service de psychiatre périnatale au cours de sa première grossesse. La prise en charge est motivée par une demande d'accompagnement et d'évaluation émanant de la patiente et de son équipe psychiatrique habituelle.

Mme L présente des troubles cognitifs modérés, marqués principalement par une faible flexibilité cognitive, se traduisant par des difficultés d'adaptation importantes et un besoin de ritualisation. En concertation avec elle, une hospitalisation est réalisée au décours de son séjour en maternité.

Pendant cette hospitalisation, Mme L nous fait part d'attouchements sexuels intrafamiliaux dont elle a été victime dans l'enfance et qui ont motivé un placement en famille d'accueil. Mme L y rapporte une négligence émotionnelle et des propos dénigrants. Elle évoque ces éléments en nous expliquant que depuis son accouchement, des souvenirs de ces attouchements lui reviennent plus fréquemment. Nous n'observons pas de TSPT franc, pour autant elle fait état au cours de l'hospitalisation une symptomatologie variée : des plaintes de douleurs vaginales et périnéales persistantes, sans étiologie retrouvée à l'examen physique, un sentiment de gêne et de honte quant à son corps, un évitement partiel des soins de change de son enfant. Pour autant, Mme L ne met pas ces éléments en lien avec les abus dont elle a été victime.

Pour cette patiente, comme pour les autres vignettes cliniques exposées précédemment, la symptomatologie apparaît très liée à l'exposition traumatique qu'ils rapportent. Pour autant, leur identification diagnostique dans les classifications usuelles est difficile : Anaïs ne remplit les conditions d'aucun trouble psychiatrique franc, M. P

présente plutôt un trouble de la personnalité de type borderline, et Mme L s'inscrit dans un trouble schizoaffectif sans que les nouveaux symptômes qu'elle rapporte ne s'inscrivent dans une décompensation de ce trouble.

Ces trois patients partagent l'expérience de traumatismes dits complexes, caractérisés par une dimension interpersonnelle, la répétition des expositions et une expression symptomatique diffuse, ne répondant pas aux critères du TSPT.

Nous avons donc souhaité dans ce travail explorer les conséquences des traumatismes interpersonnels répétés de l'enfance et notamment le cadre nosographique auxquels ils peuvent se rapporter.

PARTIE 2 : TRAUMATISMES INTERPERSONNELS REPETES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE

A. Le psychotraumatisme

1. Mise en perspective historique²

L'intérêt pour la clinique du traumatisme psychique remonte aux premiers temps de l'Histoire, dès le récit de *L'épopée de Gilgamesh* et sa confrontation à la mort de son compagnon entraînant reviviscences et détresse psychique (2). De même, les prémices de tentatives de distinctions cliniques très actuelles (entre traumatisme unique et traumatisme interpersonnel répété) se retrouvent dès les premières descriptions. Dans *Histoire*, Hérodote nous conte à la fois le syndrome de répétition des soldats exposés à la violence des combats (et notamment la cécité conversive d'Epizelos [3]), et la modification radicale de la personnalité de Périandre après l'inceste qu'il subit de sa mère ainsi que nous le rappelle P-C Racamier dans *L'inceste et l'incestuel* (4).

C'est pendant la révolution industrielle, face aux victimes d'accidents de chemin de fer qu'H. Oppenheim définit la « névrose traumatique » en 1889 (5) et souligne l'importance des reviviscences dans la clinique de ces patients.

C'est à S. Freud et J. Breuer, dans les *Etudes sur l'hystérie* (1895 [6]) que nous devons de reconnaître l'impact du traumatisme infantile, et de décrire la diversité de l'expression

² Ces rappels historiques s'appuient en grande partie sur l'ouvrage de C. Tarquinio et S. Montel « *Les psychotraumatismes* » (1).

pathologique qui en découle. Par la suite les descriptions cliniques s'affinent, S. Ferenczi notamment (1932 [7]) décrit le phénomène de « sidération psychique », arrêt du psychisme en réponse au choc que constitue le traumatisme et P. Janet (1889 [8]), inspiré des travaux de J-M Charcot, décrit la dissociation psychique. Il suppose que par sa violence, l'évènement traumatique ne peut être assimilé et s'inscrit donc dans le psychisme sans accès possible à la conscience, suscitant alors une symptomatologie automatique.

Le retour des soldats traumatisés par la guerre du Vietnam a ravivé cette question en Amérique du Nord. Il est à l'origine de la définition ultérieure dans le DSM-III du trouble de stress post-traumatique (TSPT), défini avant tout comme le résultat de la confrontation à un évènement d'une particulière gravité. Par la suite les révisions du DSM accordent plus d'importance au vécu subjectif de l'évènement traumatique, se rapprochant par là des conceptions européennes.

C'est dans le contexte des attentats de la fin du XXe siècle en Occident que la prise en charge du psychotraumatisme devient un enjeu de santé publique, avec par exemple en France création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) dans les suites des attentats du RER B en 1995 (9).

2. Clinique du traumatisme psychique

a. L'évènement traumatique

Un évènement est potentiellement traumatique quand il menace l'intégrité psychique ou physique d'un individu. À ce niveau il est important de différencier stress et traumatisme. Le stress est défini comme « la réponse de l'organisme aux exigences de l'environnement » (définition adaptée de Selye [1]). Il s'agit de réactions physiologiques

(augmentation de la fréquence cardiaque, de la vigilance par exemple) qui permettent à l'organisme de réagir à une situation particulière. Ce qui distingue le traumatisme, c'est « l'effraction traumatique ». L'évènement déborde les capacités d'adaptation de l'individu d'abord par l'effroi qu'il suscite, en confrontant le sujet au réel de la mort. Ensuite il vient bouleverser sa conception du monde et représente une expérience de « non-sens ».

« À l'instant de l'irruption traumatique, l'espace ordonné du monde bascule pour faire place au chaos ; les trois convictions narcissiques d'invulnérabilité (voire d'immortalité), d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable s'effondrent simultanément, laissant le sujet désemparé. »

Louis Crocq, Les traumatismes psychiques de guerre, 1999

On retrouve cette notion dans d'autres cadres théoriques. À titre d'exemple, dans le modèle cognitivo-comportemental d'E. Foa en 1989 (10), ce qui distingue le syndrome de stress post-traumatique d'autres troubles anxieux, c'est notamment qu'il « contrevient ce qui était antérieurement tenu comme des concepts de sécurité de base ».

C'est bien cet aspect de rupture, rupture dans la perception du monde, de soi et des relations aux autres, qui fait le lit du traumatisme, au-delà de la peur adaptée en réponse à la menace.

b. Clinique immédiate et post-immédiate

L'évènement traumatique engendre une réaction physiologique, le stress, permettant la mobilisation des ressources adaptatives de l'individu. Dans la situation traumatique, ces ressources sont dépassées, et on peut alors observer des réactions de stress dit « dépassé » qui traduisent le recours à des conduites archaïques ou dissociatives (11) :

- *Sidération psychique* : immobilité, stupeur, absence apparente de réaction

- *Agitation* : action sans but, pouvant prendre la forme d'une « *fuite panique* »
- *Action automatique* : comportement d'apparence adapté (voire sur-adapté avec absence de peur exprimée) mais automatique. Il est repérable par des stéréotypes inadaptés, une absence d'émotion apparente.

Ces réactions sont fréquentes lors d'un événement grave et traduisent un état de « *dissociation péri-traumatique* » (12). La dissociation psychique est un concept postulé par P. Janet, initialement sous le terme de « désagrégation psychologique » (8), traduisant la perte de l'unité du psychisme, laissant apparaître des niveaux inférieurs de fonctionnement psychiques, tels que les conduites automatiques (1). Dans les classifications actuelles elle est définie comme « la perte de l'intégration subjective normale d'un ou plusieurs aspects du fonctionnement psychologique, notamment la mémoire, l'identité, la conscience, la perception ou le contrôle moteur » (13). Dans le contexte de l'évènement traumatique elle se manifeste par un vécu de déréalisation, de désorientation temporo-spatiale, un vécu d'effroi ou au contraire d'anesthésie émotionnelle, de blocage de la pensée ou de la motricité.

c. Symptomatologie à distance

La symptomatologie post-traumatique, regroupée au sein des cadres diagnostiques du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5 et la CIM-11, est définie comme une symptomatologie apparaissant au décours d'un événement traumatique (généralement dans les six mois). Ce trouble associe quatre domaines symptomatologiques : les symptômes d'intrusion, les conduites d'évitement, les altérations négatives des cognitions et l'hyperactivation neurovégétative. D'autres troubles associés sont fréquemment retrouvés en clinique : dépression, usage de substance, troubles psychosomatiques. Le DSM-5 propose également de préciser la présence de symptômes dissociatifs.

1) Symptômes d'intrusion

Les phénomènes d'intrusion, aussi appelés reviviscences, peuvent être nocturnes ou diurnes. Ils correspondent à la résurgence du souvenir traumatique, déclenchée ou non par des éléments pouvant rappeler l'évènement, et diffèrent qualitativement du souvenir non traumatique par leur richesse sensorielle et la participation émotionnelle et végétative intense accompagnant le rappel. Pour l'individu, l'évènement est comme « revécu » ou sur le point de se produire à nouveau. Ces reviviscences sont source d'une souffrance psychique intense.

2) Conduites d'évitement

Afin de limiter ces phénomènes d'intrusion, l'individu peut développer alors un panel de conduites d'évitement des stimuli pouvant rappeler l'évènement traumatique. Il peut s'agir d'un évitement comportemental (évitement de la conduite après un accident de voiture par exemple), cognitif (lutte active contre le souvenir) ou encore émotionnel (anesthésie émotionnelle à l'évocation du souvenir traumatique). Ces conduites d'évitement entraînent des limitations fonctionnelles importantes.

3) Hyperactivation neurovégétative

L'hyperactivation neurovégétative peut être comprise comme la persistance de l'état physiologique de stress. Elle se traduit par un état d'hypervigilance, une hyperréactivité (réactions de sursauts exagérées) et entraîne une irritabilité, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration.

4) Les cognitions et affects négatifs

Il s'agit d'un critère nouveau dans la cinquième version du DSM, qui recouvre des

croyances négatives sur soi, le monde ou certains aspects de l'évènement traumatique, la persistance d'affects négatifs (sentiment de honte, de colère, de culpabilité). On peut mettre en lien ces éléments avec la modification profonde des croyances et de la « carte du monde » de l'individu par l'effraction traumatique et le « non-sens » de l'évènement traumatique.

5) Les symptômes dissociatifs

Les phénomènes dissociatifs sous-tendent une grande partie de la symptomatologie post-traumatique. On peut observer notamment des conduites automatiques en réaction aux phénomènes de reviviscence, une amnésie de l'évènement traumatique, ou d'un aspect important de celui-ci (symptôme appartenant aux critères CIM-10 de l'ESPT), des phénomènes de déréalisation ou de dépersonnalisation.

3. Epidémiologie

Plusieurs études épidémiologiques de grande envergure (14–19) mettent en avant la grande prévalence de l'exposition traumatique en population générale. Celle-ci varie d'environ 50% à presque 90% selon les études. Cette variation s'explique à la fois par des facteurs méthodologiques (définition d'un évènement traumatique, méthode de recueil), mais aussi par le lieu d'étude, la fréquence de certains types de traumas (liés aux armes à feu, à la guerre) pouvant dépendre de la législation ou du statut géopolitique du pays.

Le TSPT est également fréquent en population générale, et sa prévalence varie également selon le pays, le genre, l'âge (14). La prévalence en vie entière en France est estimée à 3,9% (19).

Les patients présentant un TSPT seront plus de 80% à développer un trouble comorbide dans leur vie (14,16,20). Les comorbidités les plus fréquentes sont :

- Les comorbidités anxio-dépressives qui concernent plus de la moitié des patients (18,21,22), en particulier l'Episode Dépressif Majeur ou Caractérisé³, la dysthymie, le Trouble Anxieux Généralisé, le Trouble Panique avec ou sans agoraphobie.
- Les comorbidités addictologiques, en particulier les troubles liés à l'usage de l'alcool, présentées par environ un tiers des patients avec un TSPT (24).
- Les troubles psychosomatiques (20).
- Les comportements auto-agressifs et le risque suicidaire très élevé chez les patients ayant été exposés à un évènement traumatique et particulièrement chez ceux ayant développé un TSPT (18).

³ Il est à noter que certains auteurs (23) pointent que cette prévalence importante pourrait en partie s'expliquer par le fait que ces deux diagnostics (EDM/C et TSPT) partagent des critères identiques, tels que les troubles du sommeil, l'anhédonie...

B. Les traumatismes interpersonnels répétés dans l'enfance et l'adolescence

1. Définitions

a. Les traumatismes interpersonnels chez l'enfant et l'adolescent

Les évènements potentiellement traumatiques sont divers en nature, ce qui a donné naissance à plusieurs typologies différentes, certaines se recouvrant partiellement. Les caractéristiques inhérentes à certains types de traumatismes psychiques sont en effet à même d'accentuer la rupture de sens induite par le traumatisme.

Le caractère interpersonnel d'un traumatisme implique chez l'auteur une intentionnalité consciente ou inconsciente de nuire à l'autre. Il signifie de fait une relation entre l'auteur et la victime, dont la proximité est plus ou moins grande mais qui tient à la subjectivité des deux individus impliqués. Cette relation est évidente et d'une grande proximité dans le cas d'abus de l'enfant, elle est plus symbolique dans le cas de guerre ou d'attentats.

Le caractère répété suppose quant à lui l'impossibilité pour l'individu de se soustraire aux agressions, que la contrainte soit matérielle (séquestration, guerre) ou du fait d'une relation de dépendance comme dans le cas des abus de l'enfant et de l'adolescent.

Les abus répétés ont cela de particulier qu'ils impliquent une relation forte et ambivalente entre le jeune et l'agresseur. L'agresseur est la plupart du temps un donneur de soin de l'enfant, très généralement un parent, ou un adulte important et dans une forme d'autorité vis-à-vis du jeune (enseignant, membre de la famille éloignée,...).

Nous avons dans ce travail choisi de nous centrer sur le traumatisme psychique chez l'enfant, et en particulier sur les violences interpersonnelles répétées, en se centrant sur

les abus dans l'enfance et l'adolescence. En effet si d'autres violences répétées peuvent viser les enfants (guerre, attentats répétés, esclavage, exploitation) elles se situent généralement dans un contexte socio-politique spécifique à même d'influencer de façon importante la clinique des jeunes, leur support social et sanitaire.

Les abus sur mineurs recouvrent plusieurs formes de violences :

- L'abus physique recouvre « la mise en œuvre ou l'usage intentionnel de la force à l'encontre d'un enfant résultant, ou ayant la potentialité de résulter, en une blessure physique » (25)
- L'abus sexuel désigne « tout acte, contact ou interaction sexuelle, y compris la tentative d'acte, contact ou interaction sexuel, avec un enfant par un donneur de soin ou son substitut (parents mais aussi enseignants, entraîneurs...) » (25)
- L'abus psychologique (ou émotionnel) est un « comportement intentionnel qui communique à un enfant l'idée qu'il/elle est sans valeur, mauvais, non aimé, non voulu, en danger ou dont la seule valeur est de combler les besoins d'un autre »⁴ (25). Dans notre travail nous retiendrons principalement la violence verbale (insultes, menaces) et l'exposition de l'enfant à la violence conjugale.

Enfin le terme psychotraumatisme peut désigner à la fois l'exposition au facteur traumatique mais également les conséquences pathologiques de celle-ci. Dans un souci de clarté nous utiliserons le terme de psychotraumatisme uniquement pour en décrire les conséquences, et de « psychotraumatisme complexe » pour décrire les manifestations envahissantes et durables survenant après une exposition traumatique sévère et prolongée ou chronique.

⁴ A noter que d'autres définitions incluent également des actes non-intentionnels ayant les mêmes effets.

b. Typologies existantes

L'exposition au traumatisme interpersonnel répété chez l'enfant et l'adolescent est un point de rencontre de deux champs d'étude relativement jeunes :

- le psychotraumatisme d'une part, portée par la psychologie et la psychiatrie comme nous l'avons vu précédemment,
- et la maltraitance d'autre part, dont l'identification comme enjeu de santé publique remonte au XIXe siècle sous l'impulsion de médecins légales et de pédiatres (26).

Dans ces deux champs plusieurs typologies ont été formulées afin de tenter de catégoriser les événements portant atteinte au développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent.

Dans le champ du traumatisme psychique c'est Leonore Terr (27) qui proposera une première distinction (28) entre :

- le traumatisme de type I : conséquence d'un événement traumatique unique, dont la durée est limitée dans le temps. Le tableau clinique développé se rapproche du TSPT.
- le traumatisme de type II : conséquence d'un événement répété ou prolongé ou qui a eu la potentialité de se reproduire, pendant une période de temps prolongée.

Reprenant cette typologie initiale, un traumatisme de type III sera conceptualisé plus tard par Eldra Solomon et Kathleen Heide (29) désignant des événements multiples, violents, apparaissant à un âge précoce et présents durant une longue période, dont les conséquences sont envahissantes.

A la même époque, Judith Herman (30) proposera une distinction entre :

- traumatismes « simples » qui rejoint celle du traumatisme de type I
- et traumatismes « complexes » conséquence d'une victimisation chronique ou

prolongée, caractérisée par l'impossibilité de la victime de se soustraire à l'auteur.

La maltraitance quant à elle comprend « tout acte commis ou omis par un parent ou un autre donneur de soin qui résulte en un préjudice réelle ou potentiel ou en une menace de préjudice pour l'enfant. Ce préjudice n'est pas nécessairement intentionnel. » (25). La maltraitance comprend donc les abus mais également la négligence, soit l'échec à remplir les besoins de l'enfant, physiques, émotionnels, médicaux ou éducatifs.

Enfin le concept d'« évènements adverses de l'enfance » est issu d'une large enquête en population générale publiée en 1998 (31), et évaluant l'exposition à plusieurs grandes catégories de stressseurs dans l'enfance et à l'adolescence :

- abus : sexuel, physique ou psychologique
- en lien avec l'environnement domestique : personne du foyer présentant un trouble mental ou un abus de substance, violence conjugale, emprisonnement d'un membre du foyer.

2. Données épidémiologiques

Les abus de l'enfant et de l'adolescent sont un problème de santé publique. Bien que la prévalence de ces expositions varie selon les définitions, les populations étudiées et le mode de recueil, elle est importante pour tous les types d'abus :

- L'abus physique concerne entre 4 et 30% des enfants (25,31–33)
- L'abus sexuel concerne entre 13 et 20% des enfants (31,32), soit 5 à 30% des filles et 1,4% à 15% des garçons (25,32–35) et débute en moyenne vers 9 ans (34)
- L'abus émotionnel est le plus fréquent et est rapporté chez 23 à 29% des enfants (32,33), l'exposition à la violence conjugale seule touche environ 12,5% des enfants

(31).

Par ailleurs les abus de différents types et les autres facteurs d'adversité sont fréquemment associés, et l'accumulation de ces types de traumatismes intensifie la complexité des manifestations cliniques (36).

C. Le psychotraumatisme complexe

1. Pertinence d'un cadre nosographique spécifique

a. Réflexions autour d'une clinique particulière

1) L'importance de la nature du traumatisme

Pour plusieurs auteurs (par exemple J. Herman, 36) c'est en partie la relation de dépendance et d'ambivalence inhérente au traumatisme interpersonnel répété qui éclaire la symptomatologie du psychotraumatisme complexe. En effet cette relation de dépendance empêche chez l'enfant et l'adolescent l'expression de sa douleur, sa colère, son refus quant aux agressions qu'il subit.

Par exemple, un nombre important d'études se sont intéressées aux victimes d'abus sexuels dans l'enfance et mettaient également en évidence la présence d'un spectre symptomatique dépassant largement la symptomatologie du TSPT dans les suites d'un événement traumatique unique. Les travaux de J. Briere et M. Runtz (35,38) sur ces patients retrouvent une prévalence importante de troubles addictologiques, d'expériences dissociatives, de difficultés à contrôler sa colère, de difficultés sexuelles, de revictimisation et de comportements auto-destructeurs et suicidaires.

Ces différentes constatations ont éclairé l'intérêt de distinguer les différents types d'expositions traumatiques.

2) L'importance de l'âge d'exposition

De nombreux auteurs mettent en avant également l'influence de l'âge d'exposition sur la complexité de la symptomatologie post-traumatique, particulièrement quand l'évènement traumatique, qu'il soit unique ou répété, concerne les figures d'attachement de l'enfant. Ainsi K. Pruett (39) décrit la prise en charge de deux enfants exposés au meurtre de leur mère par leur père et à la tentative de suicide de ce dernier. K. Pruett décrit des symptômes évoquant des reviviscences et une hypervigilance mais également des difficultés relationnelles, des conduites agressives, une anxiété de séparation et une dysrégulation émotionnelle.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de particulière vulnérabilité quant à l'exposition traumatique, particulièrement si celle-ci se répète et provient d'une figure d'attachement.

D'abord ses capacités d'intégration et d'élaboration sont encore en construction, et sa régulation émotionnelle dépend en grande partie voire totalement (particulièrement chez l'enfant jeune) de ses figures d'attachement (40). Face à un évènement effrayant, c'est la réassurance de son parent et l'aide à l'élaboration autour de l'évènement qui facilite l'intégration de l'exposition potentiellement traumatique en un tout cohérent qui ne déborde pas les capacités de régulation de l'enfant ou de l'adolescent. Quand l'agression provient du parent ou de l'adulte éducateur, l'agression se double de la privation des ressources d'attachement de l'enfant.

b. Le TSPT : un diagnostic insuffisant pour décrire cette clinique

Comme nous l'avons vu précédemment, les différentes tentatives de typologies des évènements traumatiques ont été guidées par le souci d'isoler les caractéristiques de

l'évènement associées à une clinique qui paraissait différente, plus envahissante.

En effet plusieurs travaux ont montré que le risque de développer un TSPT était plus important pour les traumatismes interpersonnels que pour d'autres types d'évènements (41,42). Dans une méta-analyse de 2014, la prévalence de TSPT chez les enfants et adolescents exposés à un traumatisme interpersonnel était de 25,2%, contre 9,7% chez ceux exposés à d'autres types de traumatismes (41).

Pourtant le TSPT ne recouvre qu'une partie de la symptomatologie retrouvée chez les victimes de psychotraumatismes interpersonnels répétés. Il laisse de côté des dimensions cliniques influant fortement sur le devenir de ces patients, tels que les comportements auto-agressifs et suicidaires, la dysrégulation émotionnelle et comportementale, les abus de substance, la revictimisation et la somatisation entre autres (35,38,43).

Par ailleurs le TSPT n'est pas le diagnostic le plus fréquemment associés aux abus dans l'enfance. En effet, les troubles plus fréquemment associés sont le trouble de personnalité de type borderline, les troubles d'usage de substances chez les adultes (44) et le TDA/H, le TOP, le trouble d'anxiété de séparation et les autres phobies chez les enfants (40,45,46). Il est intéressant de noter que les abus dans l'enfance sont associés de façon significative à la quasi-totalité des pathologies psychiatriques, y compris les troubles psychotiques (44,47) et bipolaires (48). Par ailleurs une partie des enfants exposés à des traumatismes interpersonnels répétés ne remplissent pas les critères d'un diagnostic de TSPT, mais présentent de multiples comorbidités.

2. Clinique du psychotraumatisme complexe

Cette clinique spécifique du traumatisme interpersonnel répété est marquée par des perturbations envahissantes et durables de la plupart des champs de fonctionnement de

l'individu. Nous présentons ici une synthèse des tableaux cliniques décrits par différents auteurs, tels que J. Briere, J. Herman, L. Terr, S. Roth, B. van der Kolk, A. Cook, J. Ford et C. Courtois (27,30,35,40,45,49,50).

a. Difficultés de régulation

1) Régulation affective et émotionnelle

La dysrégulation émotionnelle est sous-tendue par des difficultés importantes d'identification et d'expression de ses propres émotions. Elle se traduit par une labilité émotionnelle avec alternance d'affects intenses (notamment des colères soudaines et explosives) et des affects plats ou émoussés. On retrouve également des affects incongrus ou inappropriés.

2) Régulation des impulsions et des comportements

Les difficultés de régulation comportementale traduisent les difficultés d'intégration émotionnelle et la tendance à se tourner vers des comportements externalisés pour réguler ses affects. On retrouve alors des comportements auto- ou hétéro-agressifs (en lien avec le sentiment de rage provenant de l'expérience traumatique (38)), un recours à des substances psychotropes ou d'autres comportements compulsifs. On peut observer également des comportements de retraits ou de passivité.

b. Altérations du système de sens, des croyances et perceptions

1) Perception de soi

La perception de soi est marquée par un sens fragile de son identité personnelle et des croyances négatives sur soi. Les sentiments de honte et de culpabilité, qui trouvent leur origine dans l'expérience traumatique, se généralisent avec le temps. Le sentiment de

contrôle sur le monde et de son agentivité est faible, et l'individu se perçoit comme peu efficace et une faible estime de soi.

2) Perception des autres et du monde

L'autre et le monde sont vus comme potentiellement menaçants. La projection est difficile ou pessimiste et on observe la présence d'idées suicidaires chroniques. On peut retrouver également des croyances perturbées particulièrement en lien avec l'expérience traumatique : adoption du système de croyances et des justifications de l'agresseur, idéalisation de l'auteur (37,49,51).

c. Difficultés dans les relations aux autres

Ces difficultés sont à la fois liées aux croyances sur les autres, à un attachement fréquemment insécurisé (volontiers désorganisé) mais aussi à des habiletés sociales pauvres. On retrouve des difficultés à faire confiance, une difficulté à poser des limites adaptées dans la relation, une difficulté d'identification émotionnelle et notamment dans la lecture des visages qui sont plus souvent interprétés comme menaçants (en lien avec les anomalies du fonctionnement amygdalien par exemple). S'ensuivent des relations plus conflictuelles.

d. Altérations de l'attention, de la conscience et de la mémoire

On retrouve fréquemment des difficultés attentionnelles et mnésiques, un fonctionnement exécutif désorganisé (difficultés de planification, d'anticipation, troubles d'apprentissage, du développement du langage (45,52)). Les phénomènes dissociatifs et notamment de dépersonnalisation sont fréquents.

La dissociation est vue par certains auteurs comme un mécanisme permettant de

mettre à distance initialement l'expérience traumatique et qui se généralise secondairement pour se développer de façon autonome (38). Un haut niveau de dissociation est particulièrement associé à l'exposition aux abus notamment sexuels dans l'enfance (43).

e. Troubles physiques et somatisation

S. Roth et A. Cook incluent dans leurs descriptions cliniques la somatisation qui peut se définir comme la « détresse éprouvée de la perceptions de dysfonctions corporelles » et des « équivalents somatiques d'anxiété » (53), mais aussi les troubles psychosomatiques (douleurs chroniques, troubles sexuels, CNEP...).

3. Influence développementale des traumatismes interpersonnels répétés

a. Vulnérabilité précoce en lien avec l'abus

D'abord les enfants exposés à la maltraitance sont plus de 80% à développer un attachement de type désorganisé (45). Face à une figure d'attachement dont la réponse est imprévisible et possiblement dangereuse, l'enfant met alors en place des comportements adaptatifs destinés à rechercher une réponse prévisible (y compris agressive) de sa figure d'attachement (conduites transgressives ou comportements sexualisés par exemple), ou à se protéger du vécu d'abandon (détachement quant à ses besoins affectifs par exemple).

Les abus viennent perturber ou empêcher la construction harmonieuse du développement psychoaffectif de l'enfant, se traduisant par des anomalies cérébrales structurelles (réduction de volume des cortex cingulaire antérieur, préfrontal dorsolatéral et

orbitofrontal, du corps calleux et de l'hippocampique ; (54–57)), fonctionnelles (augmentation réponse amygdalienne et hippocampique aux indices émotionnels des visages par exemple (54,55,58)), et une perturbation de l'axe neuro-hormonal du stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien [55,59]).

Ces altérations précoces sous-tendent une vulnérabilité importante au regard notamment de la tolérance au stress (et notamment aux affects intenses) et des relations interpersonnelles.

b. Attachement et interactions précoce

L'attachement est un concept postulé par John Bowlby en 1969 (60) qui décrit un système d'actions visant à favoriser la proximité de la figure d'attachement et ainsi de restaurer un sentiment de sécurité. Chez le bébé il s'agit du regard, des pleurs, de l'ajustement tonique et des capacités d'imitation notamment. Ce système entre en relation avec le système de care-giving chez l'adulte qui le pousse à prendre soin de l'enfant quand celui-ci exprime ce besoin de proximité. La réponse de ces deux systèmes dans les interactions précoces permet au bébé d'expérimenter progressivement une réponse moins immédiate à ses besoins et le développement graduel de capacités de régulation. Par ailleurs, le nouveau-né présente une réactivité importante de l'axe HHS à la naissance et cette réactivité diminue au cours de la première année de vie avec la qualité des soins (61), et reste élevée chez les enfants présentant un attachement inséure.

Les expériences cumulées en lien avec l'attachement constituent ce que J. Bowlby nomme des « modèles internes opérants » (60) c'est-à-dire une somme d'informations sur soi, sur ses figures d'attachement et plus généralement sur les relations interpersonnelles et le sens de sa propre influence sur l'autre.

Des expériences cumulées de réponses inadaptées aux comportements d'attachement

du bébé puis de l'enfant installent un attachement de type inséculaire. L'enfant développe des comportements d'auto-régulation peu fonctionnels (auto-stimulations, comportements externalisés) et des modèles internes en adéquation avec ces expériences.

c. Vers une aggravation au cours de la vie

Ces mécanismes, initialement adaptatifs, tendent à devenir dysfonctionnels et eux-mêmes source de souffrance dans un autre contexte de vie et notamment à l'âge adulte. Ces difficultés sont renforcées par les fragilités biologiques et neurocognitives que nous avons vu précédemment.

Ainsi les faibles capacités de régulation des affects intenses peuvent expliquer la tendance à utiliser des comportements externalisés afin de diminuer la tension psychique, expliquant la grande prévalence chez ces patients de conduites automutilatoires (association moyenne à forte entre abus dans l'enfance et automutilation (62)), addictives (avec une association plus importantes pour les traumatismes interpersonnels directs que les autres types d'adversité (63)) et de conduites à risque notamment sexuelles (64).

Ces comportements combinés aux croyances négatives sur soi (perception de son agentivité et estime de soi faibles notamment, croyance que le recours aux autres est inefficace ou dangereux) accroît la vulnérabilité à de nouvelles expériences de victimisation.

D. Entités nosographiques associées au traumatisme interpersonnel répété dans l'enfance et l'adolescence

1. Evolution de la place du psychotraumatisme complexe dans la nosographie

La place du psychotraumatisme complexe dans les classifications a pris plusieurs formes. Le psychotraumatisme complexe a été formulé pour le DSM-IV sous la forme des DESNOS (*Disorders of Extreme Stress – No Other Specification*), entité grandement issue des propositions de J. Herman (37). Cependant les études évaluant ce diagnostic n'ayant pas retrouvées une assez grande spécificité par rapport au TSPT, le psychotraumatisme complexe est finalement apparu sous forme de caractéristiques associées au TSPT (65). Plusieurs propositions ont été faites pour individualiser ce diagnostic au sein des futures classifications, telles que le Trouble Traumatique Développemental par B. van der Kolk (40) et la « Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » présente dans la CIM-10 (66), mais qui concerne surtout l'expérience traumatique grave à l'âge adulte.

2. Le psychotraumatisme complexe dans les classifications actuelles

a. Place dans le DSM-5

Le psychotraumatisme n'a pas été inclus dans le DSM-5. On retrouve ici une catégorie des « Troubles associés à des traumatismes ou des stressseurs » qui comprend le Trouble réactionnel de l'attachement, le Trouble d'Engagement Social Désinhibé, le TSPT, le trouble de stress aigu, les troubles d'adaptation, les autres troubles liés au stress et au traumatisme, et ceux non spécifiés.

Par rapport au DSM-IV, le TSPT a été reformulé et comprend :

- Un critère d'exposition à un évènement avec confrontation à la mort, à une blessure sérieuse ou à la violence sexuelle. L'aspect de ressenti subjectif d'horreur ou d'effroi pendant l'évènement a été supprimé.
- Aux trois critères symptomatiques du DSM-IV (intrusion, évitement, hyperréactivité) a été ajouté un critère d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique. Ce nouveau critère recouvre l'amnésie totale ou partielle de l'évènement, des croyances négatives sur soi, le monde, l'évènement traumatique, une anhédonie, un sentiment de détachement, une difficulté à ressentir des affects positifs.
- Deux spécifications : présence de symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation) et expression différée.

Ainsi, le sous-type dissociatif a pu être associé aux manifestations symptomatiques du psychotraumatisme complexe, sans néanmoins recouvrir la totalité des domaines atteints.

b. Le Trouble de Stress Post-traumatique Complexe dans la CIM-11

Le diagnostic de TSPT Complexe a été formulé pour la CIM 11 dans un article d'Andreas Maercker et collaborateurs en 2013 (67). Il s'intègre dans une catégorie nouvellement individualisée de « Troubles spécifiquement associés au stress » regroupant le TSPT, le TSPT complexe, le trouble de deuil prolongé, le trouble d'adaptation, le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble d'engagement social désinhibé. Il est à noter que la CIM-11 n'individualise plus de troubles spécifiques de l'enfance et de l'adolescence (catégories F90 à F98 de la CIM-10) mais les réintègre au sein de catégories communes avec la psychiatrie de l'adulte.

Le TSPT-C est individualisé du TSPT, ces deux entités étant distinguées. Le TSPT complexe se formule comme la description d'une symptomatologie pouvant suivre

l'exposition à un ou plusieurs évènements traumatiques définis comme particulièrement menaçants ou horribles (68), sans critère d'âge. L'exposition est le plus souvent ou prolongée ou répétée dans un contexte où le sujet ne peut s'y soustraire. Les exemples cités recouvrent les abus physiques ou sexuels dans l'enfance mais également des évènements graves à l'âge adulte (torture, violence conjugale prolongée, génocide, esclavage).

1) Critères diagnostiques du TSPT-C dans la CIM-11

Tel que défini pour la CIM-11 (67), le TSPT complexe se définit par la présence des trois champs de symptômes spécifiques du TSPT que sont :

- La ré-expérience de l'évènement traumatique : reviviscences entraînant une réaction émotionnelle forte, cauchemars traumatiques,...
- L'évitement de ces reviviscences
- Un sentiment de menace persistant : hypervigilance, sursaut exagéré...

A ces symptômes de TSPT, s'ajoutent des perturbations dans trois champs symptomatiques :

- Affect : dysrégulation émotionnelle (hyper-réactivité ou au contraire anesthésie émotionnelle) pouvant se traduire au plan comportementale par des accès de rage, des comportements agressifs ou de mise en danger
- Conception de soi : croyances négatives, sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec.
- Fonctionnement relationnel : retrait social ou surinvestissement relationnel.

2) Chez l'enfant et l'adolescent

Des particularités de présentation clinique sont exposées pour le TSPT complexe (67)

permettant un diagnostic à partir de six ans, notamment la remise en acte par le jeu ou le dessin chez l'enfant, la régression comportementale et les comportements auto ou hétéro-agressifs. Chez les adolescents on observe également des conduites à risque plus proches de celles de l'adulte.

c. Place dans la CFTMEA

La CFTMEA (69), à l'inverse du DSM et de la CIM qui se veulent athéoriques, est dédiée à la pédopsychiatrie et définit ses catégories diagnostiques en partant du cadre étiologique supposé dans lequel se situe le care diagnostique. Dans cette classification la catégorie des troubles limites est décrite comme associée à des carences précoces et décrit des éléments appartenant au psychotraumatisme complexe, ses critères sont détaillés dans un paragraphe suivant. Cette catégorie est distincte de celle incluant le TSPT qui appartient aux troubles réactionnels.

3. Le Traumatisme Développemental

Le Trouble Traumatique Développemental est une entité clinique formalisée par le groupe de travail du *National Child Traumatic Stress Network* et décrit par B. van der Kolk (40). Il suppose que les expositions traumatiques interpersonnelles multiples dans l'enfance entraînent des affects négatifs intenses et que les autres aspects symptomatiques ont comme fonction d'éviter la récurrence de ses affects. Ceci se traduit soit par un évitement soit par des comportements donnant un sentiment de maîtrise, y compris par la répétition (« revictimisation »). Il s'adresse aux enfants et adolescents.

Les critères diagnostiques⁵ sont les suivants :

⁵ Traduction libre de l'article de B. van der Kolk « *Developmental trauma : a proposition towards a rational*

- « A1 : Exposition multiple ou chronique à des traumatismes interpersonnels : abandon, trahison, agression physique ou sexuelle, menaces à l'intégrité corporelle, confrontation à la mort, abus émotionnel ou exposition à la violence.
- A2 : Cette exposition entraîne un vécu de rage, de trahison, de peur, de résignation ou de honte.
- B : Conduites de dysrégulation déclenchées en réponse à des éléments en rapport avec le traumatisme. La dysrégulation peut être affective, somatique, comportementale, cognitive (avec éléments dissociatifs), relationnelle ou en lien avec des biais d'attribution (sentiment de culpabilité ou de haine de soi).
- C : Attributions et attentes durablement altérées : tendance à s'attribuer les événements négatifs, méfiance envers les adultes protecteurs, absence d'espoir de protection de la part des autres ou des institutions sociales, peu de recours à la justice ou sentiment d'inévitabilité de la revictimisation.
- D : Retentissement fonctionnel : éducatif, familial, avec les pairs, légal ou professionnel. »

4. Le fonctionnement de type borderline associé au psychotraumatisme

a. Conceptualisation et lien à l'expérience traumatique

Certains auteurs considèrent le trouble de personnalité borderline (TPB) comme un trouble post-traumatique complexe, mettant en avant la fréquence d'association entre exposition aux traumatismes interpersonnels répétés et TPB, avec la possibilité

diagnosis for children with complex trauma histories » (40)

d'envisager une relation causale établissant les traumatismes dans l'enfance comme un facteur étiologique probable du TPB (70). Pour certains auteurs, les symptômes de répétition et d'évitement se retrouvent dans les troubles interpersonnels des personnes avec un TPB (71).

On retrouve de nombreuses similarités cliniques mais aussi au plan du fonctionnement cérébral (72). Si ces similarités ont pu interroger quant à la pertinence de ces deux diagnostics, plusieurs éléments (cliniques, neurobiologiques et relatifs à la réponse au traitement) vont en faveur de la pertinence de deux entités distinctes, tout en soulevant l'hypothèse d'un sous-groupe de personnes présentant un TPB qui se rapprocherait du TSPT-C, notamment dans les orientations thérapeutiques à privilégier (50,73).

b. Critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline

Le TPB est défini dans les classifications actuelles comme la présence d'au moins 5 symptômes parmi :

- Les efforts importants pour éviter un abandon réel ou supposé
- L'Instabilité de relations interpersonnelles (alternant entre idéalisation et dévalorisation)
- La perturbation de l'identité
- L'impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables (conduites à risques)
- La répétition de conduites suicidaires ou auto-agressives
- L'instabilité émotionnelle avec hyperréactivité de l'humeur
- Un sentiment chronique de vide ou d'ennui
- Des colères intenses, inappropriées, avec manque de contrôle
- Des symptômes psychotiques transitoires (idées de persécution, hallucinations) ou

de symptômes dissociatifs sévères en période de stress

5. Autres entités potentiellement associées aux expositions traumatiques dans l'enfance

a. Trouble Réactionnel de l'Attachement et Trouble d'Engagement Social Désinhibé

Les diagnostics de TRA et TESS retiennent l'exposition à la négligence et à la carence et non aux traumatismes mais peuvent croiser chez l'enfant la clinique du psychotraumatisme complexe. Ces deux diagnostics s'appliquent aux enfants et aux adolescents.

Le TRA comporte :

- Un comportement de retrait envers les adultes donneurs de soin
- Des perturbations sociales et émotionnelles (irritabilité, réactivité pauvre dans les relations aux autres, peu d'affects positifs).
- L'expérience de graves carences affectives

Le TESS est défini par :

- Une absence de réticence et une familiarité exagérée lors du contact avec un adulte inconnu
- L'expérience de carences affectives graves

b. Fonctionnement limite de l'enfant et de l'adolescent

Le fonctionnement limite, s'il recoupe le trouble de personnalité de type borderline, repose sur des assises théoriques différentes, et représente initialement une structuration de personnalité à la limite entre névrose et psychose. Il est défini dans la CFTMEA (69) par des carences précoces entraînant des troubles importants de l'organisation psychique,

pouvant néanmoins être masqués par des suradaptations. On retrouve aussi une extrême vulnérabilité à la perte et la séparation. Enfin le sujet présente des failles narcissiques majeures pouvant aller jusqu'à un sens de son identité diffus. L'individu peut également élaborer des réactions de prestance défensives.

Certains auteurs proposent la notion d'un « complexe traumatique » (74). Brièvement, cette notion suppose que l'enfant victime de traumatismes, objectifié et fétichisé dans la relation à l'agresseur, ne développe pas ses capacités de contenance qu'il ira chercher à partir de l'adolescence dans des conduites addictives et compulsives.

PARTIE 3 : REVUE SYSTEMATIQUE DE LITTERATURE

A. Introduction

Nous avons souhaité observer l'utilisation des cadres nosographiques associés au traumatisme interpersonnel répété de l'enfant et de l'adolescent en recherche expérimentale. En effet l'élaboration de catégories diagnostiques, si elle rend compte partiellement de l'état des connaissances sur le sujet, permet surtout d'élaborer un référentiel commun entre cliniciens et chercheurs. L'utilisation des classifications diagnostiques en particulier permet de définir des populations qui se veulent homogènes, afin de favoriser la comparabilité entre différentes études se référant au même sujet, ceci notamment dans le but d'identifier des stratégies thérapeutiques.

C'est pourquoi nous avons choisi de nous centrer sur la recherche thérapeutique, non pas pour en comparer les résultats mais pour refléter l'utilisation des cadres nosographiques existant.

Pour ce faire nous nous appuyons sur une revue systématique des articles évaluant un traitement pour les entités nosographiques associés au psychotraumatisme interpersonnel répété dans l'enfance. Nous avons observé de façon globale et pour chacun de ces cadres la population clinique incluse, la caractérisation de l'exposition traumatique, le type de traitement étudié, les objectifs cliniques retenus, les facteurs de modulation supposés ainsi que la durée de suivi. De cette façon nous avons essayé de délimiter les lignes de convergence et de divergence de ces cadres nosographiques au travers de leur application pratique, et de dégager des perspectives théoriques et cliniques concernant le psychotraumatisme complexe.

B. Matériels et méthodes

1. Critères de sélection

Nous avons recherché les études évaluant un traitement chez des patients présentant un diagnostic associé aux traumatismes interpersonnels répétés et répondant aux critères de sélection suivants :

a. Critères d'inclusion

- Tous les essais cliniques, les rapport de cas, les protocoles d'essais cliniques, les revues systématiques et les métaanalyses étaient inclus
- Sans limite de date de parution et jusqu'à la date de la recherche au 1^{er} août 2020.
- En français ou en anglais
- Evaluant un traitement ou une intervention, psychothérapeutique ou pharmacologique
- Et détaillant les variables cliniques mesurées pour évaluer l'effet de ce traitement (quel qu'en soit le moyen de mesure). Les études évaluant l'effet du traitement sur des variables uniquement biologiques (sans lien direct à la clinique) ou d'imagerie n'étaient pas incluses.
- Chez des patients présentant un diagnostic associé à l'exposition dans l'enfance à des traumatismes interpersonnels répétés :
 - TSPT complexe
 - DESNOS
 - TPB associé à une exposition aux TIR dans l'enfance
 - Fonctionnement limite associée à une exposition aux TIR dans l'enfance
 - Traumatisme développemental

- Trouble réactionnel de l'attachement ou Trouble d'Engagement Social Désinhibé
- Qui avaient été exposés à des abus dans l'enfance : l'exposition devait constituer un critère d'inclusion des patients ou être décrite dans la population incluse et la population devait comporter des individus exposés avant l'âge de 18 ans.

b. Critère d'exclusion

Afin de permettre une homogénéité de résultats, les études portant sur des populations présentant autre pathologie que celles décrites précédemment étaient exclues.

2. Stratégie de recherche

Nous avons réalisé notre recherche systématique dans trois bases de données : Pubmed, ScienceDirect et PsycInfo.

Les recherches ont été réalisées en français puis en anglais pour chacun des diagnostics évoqués (sauf « fonctionnement limite » qui n'a pas de strict équivalent en anglais).

Les mots-clés utilisés étaient les suivants :

- En anglais "child" OR "children" OR "childhood" OR "adolescent" OR "adolescents" OR "adolescence"
- En français « enfant » OR « enfants » OR « enfance » OR « adolescent » OR « adolescents » OR « adolescence »

AND selon le diagnostic

- "CPTSD" OR "complex PTSD" OR "complex post-traumatic stress" OR "complex post-traumatic stress" OR "complex PTSD" et en français « TSPT complexe » OR « psychotraumatisme complexe » OR « trauma* complexe » OR « stress post-

traumatique complexe »

- « DESNOS »
- « borderline » AND (“treatment” OR “intervention” OR “therapy” OR « traitement » OR « thérapie »)
- « fonctionnement limite » OR « traits limites » OR « personnalité limite »
- “attachment disorder” OR « disinhibited social engagement disorder » OR “RAD” OR « DSED » OR « trouble réactionnel de l’attachement » OR « TRA » OR « trouble de l’attachement »

Pour le traumatisme développemental les mots-clés de recherche étaient :

“developmental trauma*” OR “DTD” OR « trauma* développemental ».

Une limitation avait été appliquée afin de ne rechercher les mots-clés que dans le titre, l’abstract et les mots-clés. De la même façon les filtres étaient utilisés pour sélectionner les essais cliniques, les protocoles, les rapports de cas, les revues, les métaanalyses et les communications brèves, ainsi que pour sélectionner les articles en français et en anglais.

3. Procédure

Les articles ont été sélectionnés en fonction des critères de sélection définis précédemment. Les essais cliniques et les protocoles ont été analysés de façon systématique pour recueillir les données suivantes :

- Le type d’étude, la façon dont a été défini le psychotraumatisme complexe et quelle type d’exposition traumatique était considérée comme associée au psychotraumatisme complexe.
- Les éléments caractérisant la population : le nombre de sujets inclus, leur genre, leur âge, les dimensions cliniques évaluées pour décrire la population, les outils de

mesure utilisés, les critères de sélection des études et les données issues des études concernant ces dimensions.

- Les éléments caractérisant l'exposition traumatique : la description des expositions traumatiques (type et facteurs associés), les critères de sélection concernant cette exposition et le moyen de recueil de celles-ci.
- Les dimensions cliniques évaluées : en se centrant sur les symptomatologies associées au psychotraumatisme complexe, en distinguant les objectifs principaux et secondaires ainsi que les facteurs de modulation étudiés quand la description méthodologique le permettait, ainsi que les outils de mesure utilisés.
- Une description du type d'intervention étudiée, sa durée, le format de l'intervention et la cible de l'intervention (individu, groupe, dyade, institution).

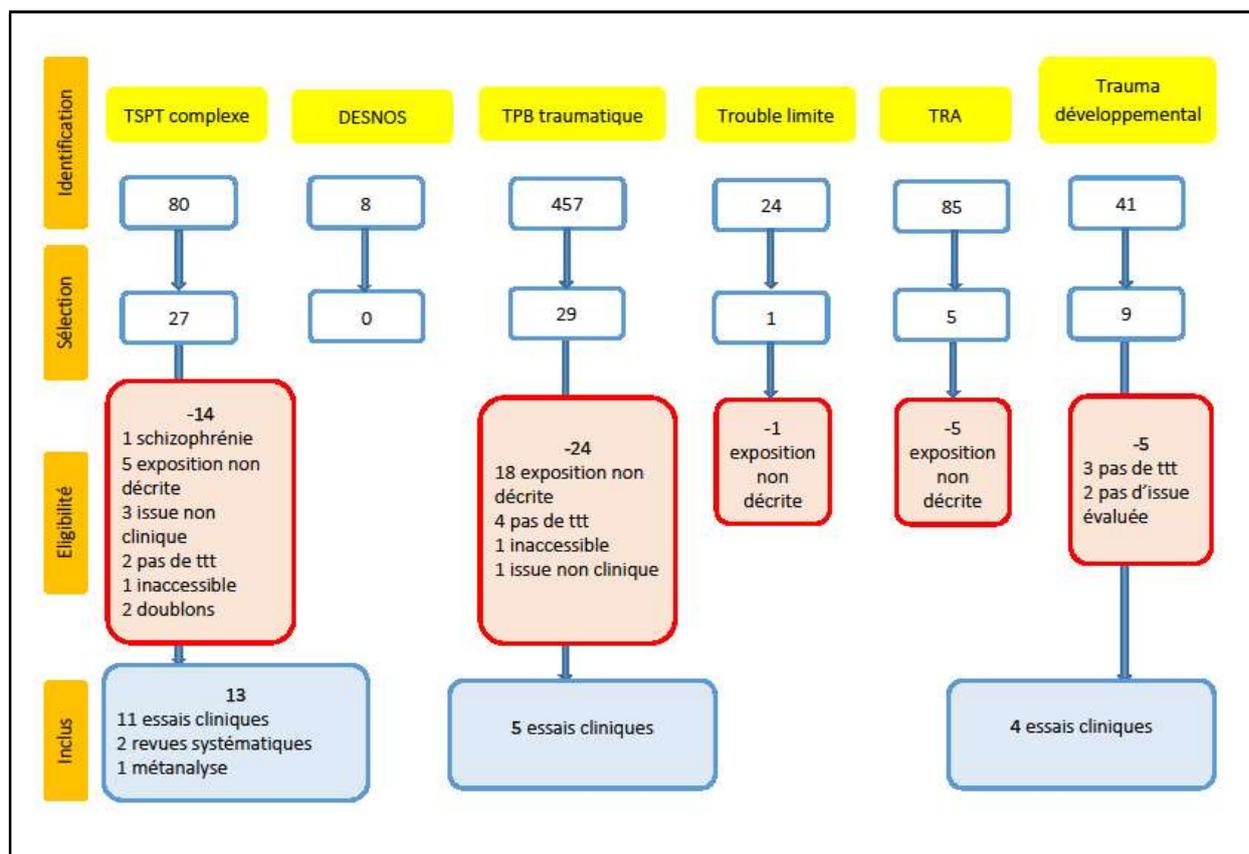
Les revues systématiques et les métaanalyses ont été utilisées afin de comparer nos résultats en se centrant sur la conceptualisation du psychotraumatisme complexe, le type d'adversité retenue, la question de recherche.

C. Résultats

1. Etudes sélectionnées

a. Procédure de sélection

Figure 1 : Diagramme de flux : TRA inclue aussi les résultats de recherche pour le TESD



Au total, 20 essais cliniques, 2 revues systématiques et 1 méta-analyse ont été incluses. Le motif de non-inclusion le plus fréquent était l'absence de description de l'exposition traumatique.

A noter que l'étude de Rinne et collaborateurs (75) a été incluse même si elle n'évalue pas directement une issue clinique. Elle évaluait l'effet d'un antidépresseur (fluvoxamine) sur la réactivité de l'axe Hypothalamo-Hypophysio-Surrénalien (HHS). Pour autant, comme le lien était clairement explicité entre hyperréactivité de l'axe HHS et signes cliniques post-

traumatiques et de dysrégulation, l'étude a été incluse.

Les études dans le cadre du TSPT-C sont plus nombreuses, même en tenant compte du fait que trois d'entre elles sont les pilotes d'études également incluses dans notre revue. Six études (et un protocole) sont des essais randomisés contrôlés, quatre d'entre elles se réfèrent au cadre du TSPT-C.

Le nombre d'essais retenus est assez faible, comme l'est celui des revues incluses. En effet Leenarts et collaborateurs (76) retiennent 33 études mais avec des critères d'inclusion beaucoup plus larges (TPST chez les enfants et les adolescents avec une notion de maltraitance). Dorrepaal (77) et collaborateurs (qui n'incluent que des essais randomisés contrôlés) ne retrouvent que 4 études s'intéressant au TSPT-C en lien avec l'abus de l'enfance (dont une incluse dans notre travail), et 3 sur le TSPT en lien à l'abus. Enfin Karatzias et collaborateurs, avec des critères plus larges également (78), retrouvent 51 essais.

b. Présentation des études incluses

Tableau 1 : Présentation des études incluses

1er auteur, année (référence)	Mot-clé de recherche	Type d'étude	Conceptualisation du psychotraumatisme complexe et type d'adversité retenue
Korn, 2002 (79)	TSPT-C	rapport de cas	TSPT complexe (Herman), en lien avec abus, négligence ou carence.
Resick, 2003 (80)	TSPT-C	contrôlée	TSPT complexe suite à un abus sexuel dans l'enfance.
Rinne, 2003 (75)	TPB	non contrôlée	Abus prolongé dans l'enfance constitue un facteur de complexité chez les patients borderline et de susceptibilité à la dépression.
Brown, 2006 (81)	TPB	rapport de cas	Les abus dans l'enfance et un attachement inadéquat comptent parmi les facteurs étiologiques environnementaux du TPB.
Dorrepaaal, 2010 (82)	TSPT-C	non contrôlée (pilote de Dorrepaaal, 2012)	TSPT complexe (DESNOS), en lien avec les abus dans l'enfance, particulièrement au sein d'une relation de dépendance interpersonnelle.
Steil, 2011 (83)	TSPT-C	non contrôlée (pilote de Bohus, 2013)	TSPT chronique en lien avec l'abus sexuel dans l'enfance et avec présence de comorbidités.
Dorrepaaal, 2012 (84)	TSPT-C	randomisée contrôlée	TSPT complexe (DESNOS), en lien avec des traumatismes interpersonnels répétés dans l'enfance.
Schuppert, 2012 (85)	TPB	randomisée contrôlée	Antécédent de trauma dans l'enfance constitue un facteur modulant l'évolution du traitement du TPB.
Harned 2012 (86)	TPB	non contrôlée, pilote	Comorbidité TPB + TSPT : patients plus sévères, avec plus de dysrégulation émotionnelle, plus de comportements auto-agressifs. Pas de lien à un type d'exposition spécifique.
Bohus, 2013 (87)	TPB	randomisée contrôlée	TSPT comorbide (avec TPB notamment) : séquelle fréquente de l'abus sexuel dans l'enfance.
Matulis, 2014 (88)	TSPT-C	non contrôlée (pilote de Rosner, 2019)	TSPT chronique en lien avec l'abus sexuel ou physique dans l'enfance.
Purvis, 2014 (89)	Trauma dev	rapport de cas	Trouble traumatique développemental (van der Kolk), en lien avec les traumatismes interpersonnels, la négligence, les carences, les ruptures brutales d'avec la figure d'attachement.

Ashton, 2016 (90)	Trauma dev	rétrospective, non contrôlée	Trouble traumatique développemental (van der Kolk), en lien avec les abus et les négligences dans l'enfance.
Chaperot, 2017 (91)	TSPT-C	rapport de cas	Traumatisme de type 2 (Terr), traumatisme complexe (Herman), dans une conception psychanalytique. En lien avec la maltraitance chronique, où l'enfant est dans une relation de dépendance par rapport à son agresseur.
Hendriks, 2017 (92)	TSPT-C	randomisée contrôlée	TSPT complexe en lien avec les traumatismes interpersonnels répétés, avec symptomatologie incluant dysrégulation émotionnelle, conceptions négatives de soi et difficultés interpersonnelles.
Younan, 2018 (93)	Trauma dev	non contrôlée	Traumatisme complexe (Ford et Courtois), et TTD (van der Kolk) en lien avec des traumatismes sévères, répétés et prolongés, impliquant l'agression ou l'abandon par un caregiver, dans l'enfance.
van Vliet, 2018 (94)	TSPT-C	protocole pour étude randomisée contrôlée	TSPT-C : TSPT associé à des perturbations des capacités d'auto-régulation. En lien avec les abus répétés dans l'enfance.
Rosner, 2019 (95)	TSPT-C	randomisée contrôlée	TSPT associé à une comorbidité, en lien avec l'abus sexuel ou physique dans l'enfance.
McCullough, 2019 (96)	Trauma dev	non randomisée, contrôlée	Trouble traumatique développemental (van der Kolk), en lien avec les événements adverses dans l'enfance.
Bohus, 2020 (97)	TSPT-C	randomisée contrôlée	TSPT en lien avec les abus de l'enfance, fréquemment comorbide d'un TPB
Leenarts, 2013 (76)	TSPT-C	Revue systématique	TSPT complexe en lien avec la maltraitance
Dorrepaal, 2014 (77)	TSPT-C	Revue quantitative	TSPT en lien avec l'abus dans l'enfance et TSPT complexe en lien avec abus dans l'enfance
Karatzias, 2019 (78)	TSPT-C	Métanalyse	TSPT-C selon la proposition pour la CIM-11 : symptômes de TSPT associés à des désordres de l'organisation du soi, advenant plus fréquemment à la suite de traumatismes interpersonnels graves, répétés, auxquels l'individu ne peut se soustraire.

c. Cadres conceptuels et lien à l'exposition traumatique

Nous avons exposé les différences de conceptualisation du psychotraumatisme complexe, selon que soit mis en avant principalement la complexité de la symptomatologie ou de l'exposition. Si nous avons séparé ces conceptions en paragraphes distincts, elles ont fréquemment intégrées et plusieurs auteurs font référence à plusieurs cadres de

référence proches.

1) Une symptomatologie complexe

Une partie des études conçoivent le psychotraumatisme complexe comme principalement en lien avec la complexité de la symptomatologie, le lien à l'exposition est alors défini comme fréquent mais ne constitue pas le socle de la symptomatologie.

- Un TSPT associé aux désordres de l'organisation du soi

La première conceptualisation du psychotraumatisme complexe est celle d'un TSPT auquel s'ajoute une clinique traduisant la désorganisation du soi (dysrégulation, conception négative de soi, perturbations relationnelles), ce qui rejoint la formulation diagnostique de la CIM-11. Cela se traduit dans les références théoriques faites par les auteurs qui traduisent généralement les formulations diagnostiques successives, celle d'Herman (91,93), DESNOS (77,79,82,84), puis le TSPT-C de la CIM-11 (94). Hendriks ne fait pas explicitement référence à ces cadres mais la description qui est faite du psychotraumatisme complexe y est superposable (92).

La revue de Dorrepaal et collaborateurs (77) retient comme critère d'inclusion un TSPT-C ou un TSPT en lien avec un antécédent d'abus qui est également un critère d'inclusion. Celle de Karatzias et collaborateurs (78) retient la présence de TSPT avec un critère au moins parmi les trois dimensions symptomatiques selon la CIM-11.

- Un TSPT comorbide

Ici la complexité de la clinique est définie par la présence de comorbidités associées au TSPT (83,86,87,95). Le critère d'inclusion est la présence d'une comorbidité parmi un trouble dépressif, addictologique ou un TPB.

2) Une expérience de traumatisme complexe

Dans cette conception c'est l'exposition aux traumatismes définis comme complexes (graves, répétés, interpersonnels) qui est au centre de la description clinique.

- Un TSPT conséquence des abus de l'enfance

Pour ces études c'est la nature du traumatisme qui est directement à l'origine de la complexité symptomatique, avec notamment plusieurs études et deux revues systématiques centrées sur les conséquences des abus sexuels de l'enfance (76,77,80,83,88,97). Ces études se réfèrent le plus souvent au TSPT-C.

- L'abus comme facteur modulant l'évolution du traitement dans le TPB

L'abus est considéré comme une dimension venant compliquer l'évolution des patients présentant un TPB (75,85).

- L'abus comme facteur étiologique du TPB

Dans ce cadre conceptuel, l'abus est défini comme un des facteurs étiologiques du TPB et donc comme important à prendre en compte pour la prise en charge (81).

3) Le Trouble Traumatique Développementale

Les articles se référant au Trouble Traumatique Développementale (89,90,96) semblent plus homogènes en ce qui concerne la description symptomatique (en référence à celle de B. van der Kolk). On remarque néanmoins que le spectre d'expositions définies comme traumatiques est en revanche assez large, dépassant le critère d'exposition proposé par B. van der Kolk, en intégrant notamment les carences, les négligences et d'autres événements adverses de l'enfance.

2. Caractérisation de la population incluse

Les données cliniques recueillies pour caractériser la population incluses sont présentées dans les tableaux 2 (données socio-démographiques, entités associées à l'exposition traumatique et comportements dangereux) et 3 (autres données cliniques et principaux critères d'exclusion), présentés en annexe 4.

a. Données socio-démographiques et taille d'échantillon

En dehors des quatre rapports de cas, la taille d'échantillon est variable, de 10 à 193 individus avec une taille d'échantillon moyenne de 61,5 sujets.

La prépondérance des sujets de genre féminin est très importante. Les quatre rapports de cas portent sur des femmes et sur les 16 essais restant, 8 d'entre eux portent sur des échantillons exclusivement constitués de femmes. Y compris pour les deux études qui définissent le genre féminin comme un critère d'inclusion, aucune ne justifie ou n'explique cette particularité. Dans les échantillons mixtes, les femmes restent nettement plus nombreuses (entre 51% et 93%). On retrouve cette prépondérance importante également dans les deux revues et la méta-analyse incluses, par exemple dans la revue de Leenarts et collaborateurs, 21% des études ne portent que sur des femmes, et le pourcentage de femmes incluses quand la population était mixte est de 72,7%.

La plus grande partie des études incluent des sujets adultes, 7 études portent sur les mineurs, dont seulement trois sur les enfants de moins de 14 ans (deux dans le cadre du TTD).

b. Moyens d'évaluation des diagnostics associés au traumatisme

Les moyens d'évaluation utilisés pour affirmer le diagnostic de TSPT sont variés : la plupart utilisent des instruments d'hétéro- ou d'auto-évaluation directement en lien avec

les critères DSM en vigueur. Il peut s'agir d'instruments spécifiquement conçus pour l'évaluation du TSPT (CAPS dans ses versions successives principalement, PSS-I, PDS), ou des sections dédiées dans des instruments généralistes d'évaluation de la santé mentale (CIDI, SCID-I, K-SADS-PL). Les différentes échelles utilisées sont présentées en annexe 2.

Seuls deux instruments évaluent également les dimensions du TSPT complexe, le SIDES, qui correspond aux critères du DESNOS, et le TSI (utilisé ici pour les symptômes de TSPT).

Pour le trouble de personnalité borderline, ce sont principalement des instruments d'hétéro-évaluation généralistes qui sont utilisés (SCID-II, IPDE et SIDP-IV), un auto-questionnaire généraliste (ADP-IV) et un hétéro-questionnaire spécifique du TPB (BPDSI).

c. Comparaison des critères d'inclusion retenus pour le psychotraumatisme complexe

Si l'on considère les articles ayant précisé leurs critères d'inclusion, on retrouve en pratique les différentes conceptions décrites précédemment.

- Pour trois auteurs (tous étudiant le TPB) seul le diagnostic constitue un critère d'inclusion : TPB (75), traits borderline (85) ou TPB comorbide d'un TSPT (86).
- Pour deux auteurs, seule l'exposition à des traumatismes interpersonnels est requise (93,95). A noter qu'un auteur (96), s'il ne précise pas de critères de sélection, ne décrit que l'exposition et ne réalise pas d'évaluation diagnostique initiale (seules les scores totaux d'échelles généralistes et leur évolution sont étudiées).
- Quatre auteurs incluent des patients porteurs d'un TSPT en lien avec un traumatisme interpersonnel (80,88,92,94). Dans son protocole, van Vliet précise que

cette exposition doit être répétée et le fait d'un proche.

- Les autres auteurs requièrent à la fois une exposition traumatique interpersonnelle et un diagnostic associé au psychotraumatisme complexe : soit comorbide d'un TPB (86,97), soit représenté par un diagnostic de DESNOS (82,84) ou encore par un TSPT comorbide (83,87) (d'un trouble dépressif, d'un trouble addictologique ou de traits de personnalité de type borderline).

d. Autres dimensions évaluées

Parmi les autres troubles évalués, la prévalence des troubles dépressifs est importante chez les patients inclus. Le nombre de comorbidités est généralement élevé.

La suicidalité grave ou récente (geste suicidaire récent, idéations suicidaires ou automutilations graves) est un critère d'exclusion fréquent, généralement pour une raison de sécurité. L'étude de Steil (83) à l'inverse se centre précisément sur ces patients au risque suicidaire élevé.

Les autres critères d'exclusion les plus fréquents sont les troubles addictologiques (avec des restrictions plus ou moins importantes), les troubles psychotiques, bipolaires et les déficiences intellectuelles.

3. Caractérisation de l'exposition traumatique

a. Présentation des résultats

La description des expositions traumatiques est hétérogène (cf tableau 4 en annexe 4). Elle est assez exhaustive pour les rapports de cas qui retracent l'histoire clinique des patients. Pour les études, seules 4 d'entre elles (3 essais, 1 protocole) décrivent l'exposition aux abus émotionnels. La plupart (7 études) ne rapportent que l'exposition aux abus sexuels ou physiques, et trois se centrent exclusivement sur les abus sexuels dans

l'enfance. Quatre études décrivent également la violence subie à l'âge adulte.

La moitié seulement des études donnent des éléments sur les caractéristiques associées aux abus (uniquement pour les abus sexuels pour quatre d'entre elles) : caractère répété, âge de début et durée d'exposition, existence d'un lien avec l'agresseur, nombre total d'agresseur ou existence d'actes de pénétration. Celles-ci sont variables selon les échantillons (par exemple durée d'exposition moyenne qui va de 23,6 mois à 7,69 ans). Aucune étude n'étudie l'influence de ces caractéristiques sur la réponse au traitement.

La description des autres éléments d'adversité est éparse, les éléments les plus souvent décrits sont la négligence, l'addiction chez un parent et les abandons.

Seule une étude rapporte des antécédents d'évènements traumatiques non-interpersonnels.

Ainsi que nous l'avons vu précédemment, la co-occurrence des différentes formes de traumatismes interpersonnels est une généralité.

b. Moyens de recueil des expositions traumatiques

Les moyens de recueil des expositions sont extrêmement variés : sept études ne détaillent pas le recueil, les 13 autres utilisent 7 échelles différentes. La plupart utilisent des échelles permettant d'évaluer à la fois la maltraitance et les autres évènements adverses (STI Draijer, CTES et ITEC qui recueillent également des données qualitative concernant les abus), les autres utilisent des échelles généralistes de recueil des évènements traumatiques (interpersonnels ou non). L'équipe de Resick a développé un entretien centré sur les traumatismes interpersonnels.

Ces instruments sont détaillés en annexe 1.

4. Données cliniques évaluées

a. Présentation des résultats

Les données cliniques évaluées sont hétérogènes, elles sont présentées dans le tableau 5 (annexe 4).

Pour les études se référant au TSPT-C (y compris ceux formulés comme un TSPT en lien avec des abus), la clinique du TSPT est systématiquement un critère d'évaluation du traitement. Les dimensions de dysrégulation, de dissociation, les cognitions négatives (principalement sur soi), la dépression et les difficultés interpersonnelles sont les dimensions en lien avec le psychotraumatisme complexe les plus souvent retenues comme objectifs. L'évolution des comportements dangereux est fréquemment observée.

Pour les études se rapportant au TPB ce sont les dimensions en lien avec les relations interpersonnelles, la dysrégulation émotionnelle et comportementale, la dissociation, les affects dépressifs, le sens de soi et les comportements dangereux qui sont le plus souvent choisies comme cibles.

Les dimensions du sens de son identité propre et de somatisation sont rarement des critères d'évaluation retenus. De même, peu d'études utilisent des indicateurs globaux de fonctionnement (sévérité générale, fonctionnement, qualité de vie).

b. Instruments de mesure

Les instruments de mesure (présentés en annexe 2 et 3) utilisés sont variés et traduisent les recouvrements entre les différents cadres nosographiques identifiés. En effet plusieurs études, pour traduire la symptomatologie de désordres de l'organisation du soi associée au TSPT, utilisent des échelles conçues pour évaluer les symptômes de TPB (BPDSI, PSL-23, BPD-47). De même, on remarque une similarité importante entre les

outils conçus pour évaluer le TSPT-C (SIDES, PSI principalement) et ceux conçus pour le TPB. Par ailleurs une partie des auteurs a eu également recours à des instruments trans-nosographiques évaluant de façon indépendante différentes dimensions cliniques. On ne retrouve pas d'instrument de mesure spécifique du TTD.

5. Interventions étudiées

a. Etudes portant sur le TSPT-C

1) Questions de recherche

Dans ce groupe d'étude plusieurs questions de recherche se retrouvent :

- L'intérêt de conjuguer des techniques ayant fait leurs preuves sur le TSPT à des modules visant à améliorer la régulation émotionnelle et la stabilité, de façon synchrone (83,87,97) ou en deux phases (79,82,84,94).
- Ou au contraire la possibilité de proposer un traitement centré autour du traumatisme à des patients exposés à des traumatismes répétés (92).
- L'adaptation de psychothérapie reconnue pour le TSPT à des populations adolescentes (88,95).

Les études restantes évaluent l'efficacité respective de deux traitements centrés sur le traumatisme sur une population ayant été victime d'abus sexuels (80), et rapportent l'utilisation de l'enveloppement humide chez trois patientes présentant une symptomatologie psychotraumatique complexe (91).

2) Principes de traitement

Concernant le TSPT, plusieurs psychothérapies ont fait la preuve de leur efficacité et notamment l'EMDR et les techniques issues des TCC, l'exposition et la restructuration

cognitive (98,99).

Pourtant l'utilisation de ces interventions chez les patients présentant un psychotraumatisme complexe reste relativement restreinte. En effet, ces traitements ont été principalement étudiés sur des populations présentant une symptomatologie de TSPT avec peu ou pas de comorbidités (98). Les recommandations existantes sur le TSPT-C (100) proposent un traitement séquentiel organisé en domaines hiérarchisés. La première phase comporte le traitement des comorbidités et des comportements dangereux, ainsi que l'acquisition d'habiletés et de ressources dans l'identification émotionnelle, la perception de soi et les relations interpersonnelles. L'amélioration du fonctionnement global et du sentiment de sécurité permet une deuxième phase de traitement centrée sur l'abord de l'évènement traumatique et des symptômes associés.

3) Interventions utilisées

- EMDR : EMDR-RDI et STAIR-EMDR

L'EMDR est un protocole thérapeutique mis au point par F. Shapiro en 1995 (101), et repose sur la constatation d'une diminution de l'anxiété et de la charge émotionnelle liée à des évènements de vie difficile par l'utilisation de mouvements alternatifs des yeux (mais aussi par des stimulations alternatives par le toucher ou le son).

Deux essais ont étudié des modifications de ce protocole dans le but d'ajouter une phase d'acquisition d'habiletés relationnelles et émotionnelles.

D. Korn (79) présente l'utilisation de l'EMDR-RDI (*Eyes Movement Desensitization Reprocessing – Resource Development and Installation*) chez deux patientes. Cette intervention consiste en l'ajout au protocole initial d'une phase se concentrant sur le renforcement de compétences (sentiment de sécurité, perception positive de soi et ressources personnelles) par l'utilisation des mouvements bilatéraux. L'utilisation de cette

phase permet de se référer à ces compétences afin d'introduire de nouvelles perspectives quant à l'évènement traumatique lors de la phase d'EMDR centrée sur le traumatisme.

N. van Vliet (94) décrit un protocole d'étude évaluant l'intérêt de l'ajout d'une phase d'acquisitions d'habiletés concernant la régulation émotionnelle et interpersonnelle (*STAIR Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation*) préalable au protocole EMDR. Cette phase consiste en plusieurs sessions, orientées vers la conscience et la régulation émotionnelle, la compréhension, l'agentivité et la flexibilité dans les relations interpersonnelles. Elle se base sur des éléments de psychoéducation, l'acquisition et l'application des habiletés.

- Autre module de stabilisation

E. Dorrepaal dans son étude pilote (82) puis dans un essai randomisé contrôlé (84) évalue l'intérêt de l'ajout d'une phase de stabilisation sur le traitement usuel du TSPT-C chez des patients victimes d'abus physique ou sexuel dans l'enfance. La phase de stabilisation comportait des éléments de psychoéducation sur les symptômes vus comme des mécanismes adaptatifs et utilisait des techniques relevant de la TCC afin d'acquérir des compétences de régulation émotionnelle et relationnelle. Les résultats ne montraient pas de supériorité de l'ajout de cette phase sur les symptômes de TSPT et de TSPT-C en comparaison au traitement usuel.

- Thérapie comportementale dialectique adaptée pour le TSPT

La thérapie comportementale dialectique est une intervention développée par M. Linehan (102) combinant des techniques classiques des TCC et des éléments de pleine conscience, conçue initialement pour les patients porteurs d'un TPB. Elle porte une vision dialectique des situations, c'est-à-dire pouvant examiner des idées opposées et les dépasser. Elle est particulièrement indiquée pour améliorer les capacités de régulation

émotionnelle et développer le sens de maîtrise de soi.

R. Steil (83) dans son étude pilote puis M. Bohus (87) étudient une adaptation de cette forme de thérapie. Ils proposent un programme de thérapie se déroulant à l'occasion d'une hospitalisation à temps complet, qui aborde également les comportements dangereux ou mettant en péril le traitement. Ce faisant, ces modalités d'intervention permettent de débiter un traitement centré sur le traumatisme même en cas de persistance de mises en danger. Le programme est intensif (11 sessions par semaine) et comprend des séances de TCD individuelles et des séances en groupe (compétences, estime de soi, psychoéducation, pleine conscience et activités à médiation). L'étude pilote conclue à une bonne acceptabilité et sécurité de l'intervention, L'étude contrôlée montre une efficacité de cette technique sur les symptômes de TSPT, sans différence d'efficacité entre les patients avec et sans TPB.

M. Bohus en 2020 compare ce traitement (mais sur un format ambulatoire hebdomadaire pendant un an) à la thérapie de restructuration cognitive (97) chez des patientes ayant des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, avec une efficacité similaire sur les symptômes de TSPT.

- Techniques centrées sur le traumatisme

La thérapie de restructuration cognitive (TRC) consiste à amener la personne à identifier et remettre en cause ses pensées automatiques (énoncés sur soi, anticipations ou interprétations négatives). L'exposition prolongée permet de limiter l'auto-entretien des symptômes en confrontant graduellement l'individu afin d'obtenir une désensibilisation. L'exposition peut se faire par la visualisation ou par la lecture du récit du traumatisme.

P. Resick (80) examine les données d'un essai comparant ces deux techniques pour évaluer leur effet sur des patientes ayant vécu des abus sexuels dans l'enfance. Ses

résultats laissent penser à une bonne efficacité de ces techniques à la fois sur les symptômes de TSPT mais aussi sur les difficultés de régulation.

S. Matulis (88) dans son étude pilote puis R. Rosner (95) évaluent une adaptation de la TRC à destination des adolescents victimes d'abus physiques ou sexuels. Le programme comprend une phase de promotion de l'engagement et de l'alliance et des éléments ciblant la régulation émotionnelle. Il se déroule à un rythme un peu plus intensif dans l'hypothèse que cela puisse aider les jeunes patients à suivre l'intégralité du programme. Enfin il porte une attention particulière à l'appréhension d'étapes développementales importantes telles que le choix de carrière ou d'un partenaire amoureux. Ce programme était efficace sur les symptômes de TSPT et semblait réduire également les symptômes dépressifs et les difficultés de régulation mais avec un taux d'attrition relativement élevé (27%).

L. Hendriks (92) évalue l'adaptation d'un protocole d'exposition prolongée à des adolescents ayant des antécédents de traumatismes interpersonnels multiples. Il consiste à réaliser une exposition prolongée quotidiennement (trois séances d'exposition de 90 minutes par jour) sur une durée de 5 jours, au lieu de séances hebdomadaires habituellement. L'exposition était réalisée par l'imagination, le dessin et in vivo (confrontation à des éléments matériels rappelant le traumatisme). A cela s'ajoutaient des séances quotidiennes de psychoéducation à destination des parents. Les résultats indiquaient une efficacité sur les symptômes de TSPT sans effet adverse important, avec une efficacité maintenue à 6 mois.

- Enveloppement humide

C. Chaperot (91) rapporte l'utilisation de l'enveloppement humide chez trois patients adultes ayant des histoires de traumatismes interpersonnels multiples et de carences.

L'utilisation de l'enveloppement se base sur la conception du traumatisme complexe comme étant responsables de clivages multiples au sein du sujet aboutissant à une dissociation. Ils évoquent la résurgence de souvenirs traumatiques et de reviviscences par l'utilisation de l'enveloppement et une amélioration des capacités associatives. Néanmoins une de ces trois patientes interrompra le traitement sans que les raisons de cet arrêt ne soient connues.

4) Durées de traitement et format

Les durées de traitement sont volontiers courtes (entre 3 et 20 semaines), en dehors du rapport de cas sur l'enveloppement humide et de l'étude de Bohus et collaborateurs en 2020, pour laquelle la durée de traitement est de 12 mois.

Elles se déroulent en individuel le plus souvent.

b. Etudes portant sur le trouble de personnalité borderline

1) Questions de recherche et interventions évaluées

S. Brown et F. Shapiro (81) rapportent l'utilisation de l'EMDR chez deux patientes présentant un TPB, faisant l'hypothèse que l'exposition traumatique étant un facteur étiologiques parmi d'autres du TPB, un traitement centré sur le traumatisme peut être efficace sur l'ensemble de la symptomatologie borderline.

M. Harned (86) présente une étude pilote portant sur l'efficacité et la sécurité de l'utilisation d'un protocole de TCD préparant à une exposition prolongée chez des patientes présentant un TSPT, un TPB et des comportements automutilatoires ou suicidaires graves ou récents. La phase de TCD comportait des séances individuelles hebdomadaires et des séances de développement de compétence en groupe hebdomadaires. Quand le patient avait acquis une certaine stabilité symptomatique avec notamment la disparition des

conduites dangereuses, des séances d'exposition prolongée étaient ajoutées au protocole. Le traitement durait au total un an. Les résultats semblent être en faveur de cette technique en termes de sécurité et d'efficacité sur le TSPT et les symptômes complexes.

M. Schuppert (85) évalue la présence des abus de l'enfance comme facteur modulant la réponse au traitement d'adolescents présentant des traits borderline. L'intervention consiste en un entraînement aux habiletés de régulation émotionnelle en utilisant des techniques issues de la TCC (notamment la restructuration cognitive, les tâches assignées). Les résultats semblent indiquer que les abus dans l'enfance sont associés à une symptomatologie plus importante mais à une réponse au traitement similaire.

L'étude de T. Rinne (75) porte sur l'évaluation de l'effet d'un antidépresseur sur la réactivité de l'axe HHS de patients porteurs d'un TPB. Cet effet est évalué par la réponse du cortisol et de l'ACTH à un test à la dexaméthasone couplé à la CRH.

2) Durées de traitement

Les durées de traitement (à l'exclusion de l'étude sur l'axe HHS) sont plus longues et disparates (de 17 semaines à 12 mois).

c. Etudes portant sur le Trouble Traumatique Développemental

1) Principes de traitement

Dans son article proposant des critères pour le TTD (40), B. van der Kolk propose également des principes de traitement assez proches du TSPT-C. Il propose d'atteindre d'abord un sentiment de sécurité et de compétence en évitant le rappel des éléments traumatiques et en utilisant un cadre prévisible, sûr et ludique permettant à l'enfant de développer des capacités de régulation physiologique et motrice. Ensuite il évoque

l'importance de porter attention aux potentiels ré-agissements traumatiques, provoqués par des boucles relationnelles nourries des schémas traumatiques. Il insiste également sur l'importance de faire ressentir à l'enfant un sentiment de détente et de maîtrise de soi en particulier au plan corporel.

2) Interventions évaluées

Les interventions évaluées dans ce cadre font volontiers appel à des assises intégratives, avec une attention portée à l'attachement.

L'étude de C. Ashton (90) analyse rétrospectivement les données d'enfant ayant intégré le programme TAG (*Trauma and Attachment Group*). Ce programme s'adresse à des enfants présentant des difficultés d'attachement en lien avec des traumatismes développementaux. Nombre de ces enfants font l'objet d'une mesure de placement. Le programme TAG est une intervention en groupe suivant les principes proposés par B. van der Kolk. Il comporte une première phase de stabilisation où l'accent est mis sur la création d'un cadre thérapeutique sécurisé et l'utilisation d'activités centrées sur la régulation en groupes de dyades. Il comporte également une éducation du donneur de soins sur le traumatisme développemental et ses conséquences, afin de favoriser leur fonction réflexive et donc d'améliorer la qualité de l'attachement en retour. La seconde phase encourage l'enfant à évoquer les souvenirs des traumatismes précoces (par la parole mais aussi diverses médiations) dans un environnement sécurisé et auprès d'un donneur de soins attentif et soutenant. Des techniques d'aide à la régulation (relaxation, pleine conscience notamment) sont également utilisées. Les résultats sont à prendre avec mesure car présentant des biais importants (notamment de recrutement) mais semblaient influencer positivement la relation d'attachement.

E. McCullough et A. Mathura (96) évaluent les effets de la « psychothérapie neuro-

physiologique » (103) sur des enfants adoptés et leurs familles. Il s'agit d'un modèle qui intègre des sessions de thérapies mais aussi un travail de lien avec les écoles, les réseaux de soins et les familles. Le modèle thérapeutique comprend un travail d'intégration sensorielle, un travail moteur et sensori-moteur, un travail dyadique autour de l'attachement par le biais du jeu et par des sessions à destination des parents, l'utilisation d'activités à médiations artistiques et l'accompagnement de l'enfant dans la représentation de son histoire de vie. Il a pour objectif d'améliorer la régulation des affects et des impulsions, la perception de soi, les troubles internalisés, la relation parent-enfant et la qualité de l'attachement. Les auteurs décrivent une amélioration des capacités de régulation, des habiletés relationnelles et de la perception de soi, néanmoins l'étude souffre à nouveau d'un biais de recrutement (volontariat).

K. Purvis (89) décrit la prise en charge d'une adolescente de 16 ans adoptée aux multiples antécédents traumatiques au moyen d'une intervention relationnelle basée sur la confiance. Elle comprend une phase intensive d'une semaine dédiée à développer une relation avec un petit nombre de soignants, sur des principes modelant les interactions précoces (proximité, sensibilité et réponse immédiate aux besoins de l'adolescente, avec une attention particulière portée aux besoins physiologiques (hydratation, nutrition, activités physiques et sensorielles). Cette intervention contient également l'implémentation auprès de tous les adultes en contact avec l'adolescente de principes d'interaction fondés sur l'engagement et la pleine conscience. Les comportements perturbateurs sont ciblés par des stratégies préventives (apprentissage de compétence) et par des réponses à de tels comportements de façon immédiate, adaptée et en différenciant l'adolescent du comportement qu'il manifeste.

Enfin, R. Younan (93) décrit l'utilisation d'un programme de groupe faisant appel à la

thérapie des schémas, auprès d'adultes ayant vécu des traumatismes développementaux. La thérapie des schémas (104) s'adresse aux patients présentant des troubles de la personnalité et intègre des éléments issus des TCC, des théories psychodynamiques et de l'attachement. Elle cherche à identifier chez le patient des schémas précoces inadaptés constitués dans l'enfance et l'adolescence qui modèlent son comportement et ses interactions. Ici les interventions sont délivrées en sessions individuelles hebdomadaires et en trois sessions groupales hebdomadaires. Les résultats (sur un faible échantillon) tendent à indiquer une amélioration de l'estime de soi, de la qualité de vie et de la psychopathologie générale.

3) Durée de traitement

Les études portant sur les enfants décrivent des durées de traitement longues, entre 4 mois et 5 ans. L'étude de R. Younan (thérapie des schémas) se déroule sur 4 semaines.

6. Tableau récapitulatif

Le tableau ci-dessous récapitule les points de convergence et de divergence entre les différents cadres nosographiques étudiés.

	TSPT-C, 10 études	TPB associé au traumatisme, 4 études	Traumatisme développemental, 4 études
Population cible	Quasiment uniquement des femmes adultes, 3 études sur des adolescents	Quasiment uniquement des femmes adultes, une étude sur les adolescents	Prédominance féminine moins forte, surtout des enfants, 1 étude sur les adolescents, 1 sur les adultes
Exposition considérée	Traumatismes interpersonnels principalement Exposition obligatoire mais type d'exposition peu précisée	Traumatismes interpersonnels principalement Pas un critère diagnostique mais un facteur étiologique parmi d'autres	Traumatismes interpersonnels et négligence Critère diagnostique d'exposition traumatique multiple ou chronique, associé à un vécu affectif intense
Critères diagnostiques	Intrusion Évitement Sentiment de menace Dysrégulation Cognitions négatives Difficultés relationnelles	Lutte contre l'abandon Instabilité relationnelle Perturbation de l'identité Impulsivité Suicidalité Sentiment chronique de vide Colères explosives Symptômes psychotiques transitoires	Dysrégulation affective, somatique, comportementale, cognitive, relationnelle Sentiment de culpabilité et de honte Cognitions et attentes négatives
Cibles thérapeutiques	Symptômes TSPT, dissociatifs, dépressifs et dysrégulation	Dysrégulation, dépression et difficultés relationnelles	Relations (attachement), dysrégulation et cognitions négatives
Principes	Favoriser le sentiment de sécurité et les capacités d'auto-régulation pour cibler les éléments en lien avec le traumatisme	Associer compétences de régulation émotionnelle et traitement des symptômes en lien avec le traumatisme	Créer un cadre sécurisé qui favorise l'attachement et l'intégration sensorielle et émotionnelle, retrouver un récit de vie intégré

D. Discussion

1. Un corpus expérimental inhomogène

a. Etat des lieux

Notre revue avait pour ambition d'illustrer l'état des lieux de la recherche expérimentale et de l'utilisation en pratique des différents cadres nosographiques recouvrant le psychotraumatisme complexe en population pédiatrique. Le premier constat qui s'impose est le faible nombre d'études évaluant une procédure de prise en charge, malgré des critères assez larges de recherche (notamment des recherches sur plusieurs diagnostics différents) et des entités cliniques pourtant courantes en pratique. Ensuite les résultats sont extrêmement disparates au plan méthodologiques (populations étudiées, dimensions évaluées) et ne permettent pas d'en tirer des conclusions robustes. Enfin la multiplicité des instruments utilisés complique encore la comparaison des résultats, et ce même pour l'évaluation du TSPT.

Pour autant, comme le souligne la plupart des auteurs, la recherche de traitements adaptés au psychotraumatisme complexe est fondamentale. En effet les patients ayant connu des traumatismes complexes ou présentant une symptomatologie complexe représentent la plus grande partie des patients traumatisés vus en pratique clinique courante. Ces patients ont de plus rarement accès à un traitement efficace sur leur symptomatologie traumatique, du fait d'un manque de preuve dans cette indication et d'une symptomatologie auto-agressive ou addictologique qui leur contre-indique ces traitements (en l'absence d'étude attestant de leur innocuité).

Cette démarche ne peut que se concevoir comme une illustration, en raison notamment de plusieurs biais. D'abord nous avons réalisé notre recherche exclusivement sur des

bases de données d'études publiées. Dans le cas de cette revue il est possible que les études faisant référence à des cadres diagnostiques existant (TSPT-C et TPB) soient surreprésentées. Pour autant, les recherches pour ce travail ont utilisé différents canaux (littérature grise, au travers des citations faites par les auteurs), et ce sans retrouver d'autres études thérapeutiques.

La disproportion entre le nombre d'études se rattachant au cadre du TSPT-C et les autres illustre l'intérêt de construire des entités nosographiques clairement définies (notamment au moyen des classifications diagnostiques) dans la recherche. En effet, en proposant un cadre de référence commun (conceptualisation, critères diagnostiques, vocabulaire) les classifications permettent une comparabilité des travaux et donc de favoriser les publications. Pour le praticien ils permettent également d'avoir accès à un corpus de connaissance cohérent lui permettant de guider sa pratique.

b. Utilisation de la nosographie en pratique

Le TSPT-C est l'entité la mieux représentée, très vraisemblablement du fait de son existence en tant que tel dans les classifications. Pourtant même à l'intérieur de cette entité, les descriptions ne sont pas toujours superposables aux cadres successivement proposés. Au plan du diagnostic, si l'identification du TSPT est systématique, celle des dimensions complexes n'est pas homogène entre les études (les dimensions évaluées sont différentes) et les critères diagnostiques requis sont variables : seules trois études utilisent des instruments conçus pour évaluer le TSPT-C (ou DESNOS selon la date de parution). Les autres études utilisent en réalité un critère d'exposition ou des instruments conçus pour le TPB.

Si le TPB peut être considéré comme associé au psychotraumatisme complexe, les résultats de notre revue illustrent l'absence de consensus en ce sens. En effet le lien entre

traumatismes de l'enfance et TPB est tantôt celui d'un facteur étiologique, tantôt celui d'un facteur modulant l'évolution clinique ou la réponse au traitement.

En ce qui concerne l'exposition traumatique considérée, elle est disparate entre les études quel que soit le cadre diagnostique considéré. Elle est généralement restreinte aux abus sexuels et éventuellement physiques pour les études se référant au TSPT-C et au TPB. Pourtant, le TPB ne requière pas d'exposition traumatique et En ce qui concerne le TTD, à l'inverse de très nombreux types d'exposition sont décrits, sans que la méthodologie des études incluses ne permettent d'identifier quel type d'adversité est considérée comme les auteurs. Seule l'étude de Younan et collaborateurs (93) semble en relative adéquation avec les critères proposés par van der Kolk, en incluant les patients ayant connu des traumatismes interpersonnels qu'ils soient sexuels, physiques ou émotionnels. En effet, la violence verbale, émotionnelle (dont l'exposition à la violence conjugale), alors qu'elle entre dans les critères théoriques des trois cadres étudiés, est rarement évaluée ou considérée comme un critère d'inclusion.

c. Convergences et divergences des entités nosographiques actuelles

Les trois entités que nous avons retenues comme étant associées à l'expérience du traumatisme interpersonnel de l'enfance postulent le lien à cette exposition de façon différente. En effet dans le cadre du TSPT-C l'exposition répétées et grave est identifiée comme plus fréquente mais non nécessaire, et peut advenir dans l'enfance mais aussi à l'âge adulte. En revanche, la présence de symptômes post-traumatiques communs au TSPT est requise dans la CIM-11. Pour rappel le TSPT et le TSPT-C n'ont d'ailleurs pas été individualisés dans le DSM-5, malgré de nombreuses propositions en ce sens (105). L'exposition traumatique interpersonnelle dans l'enfance est par contre un critère obligatoire pour le diagnostic de TTD, de même que l'expérience subjective qu'elle

suscite. Enfin selon les auteurs et en pratique, l'exposition traumatique peut être considérée comme un facteur étiologique ou simplement modulateur du TPB.

Par ailleurs, seul le TTD est conçu en tant que tel comme s'appliquant aux enfants (même s'il s'applique également aux adultes). Le TSPT-C prévoit des critères pour les enfants à partir de 6 ans mais ceux-ci sont des adaptations des critères adultes à l'expression comportementale de l'enfant. Le TPB quant à lui ne peut se diagnostiquer chez les enfants (considérant que la personnalité n'est pas stable chez les enfants et adolescents), même si plusieurs auteurs dans notre revue ont pu utiliser ce diagnostic ou des traits pour des populations adolescentes.

Enfin nous avons vu que les modalités de traitement diffèrent de façon importante entre le TTD d'une part et les études se référant au TSPT-C et au TPB d'autre part, à l'exception de l'étude de Younan et collaborateurs (93) mais qui s'adresse à des adultes. Les autres études en lien avec le TTD s'adressent à des enfants assez jeunes, et consistent en des interventions pluridisciplinaires qui visent à modifier l'environnement relationnel de l'enfant en faisant intervenir notamment leurs éducateurs. Dans le reste des études de notre revue, les modalités de traitement sont plus classiques, faisant appel à des entretiens cliniques formalisés, individuels ou en groupe.

Pour autant nous observons dans notre revue des points de convergence cliniques et thérapeutiques. Au plan clinique nous avons montré que les « désordres de l'organisation du soi » appartenant au diagnostic de TSPT-C sont proches des critères du TPB et de ceux du TTD. L'utilisation d'instruments de mesure communs pour ces dimensions traduit cette proximité clinique.

Pareillement, si les modalités de traitement diffèrent, les objectifs se rejoignent : assurer

la sécurité et la stabilité, avec une attention toute particulière au cadre de la relation thérapeutique, tout en ciblant les éléments directement en lien avec le traumatisme (symptômes de TSPT, croyances issues de cette expérience).

Au total, en utilisant des cadres nosographiques pourtant distincts, il est probable que les différents auteurs s'adressent à une population qui présente une symptomatologie clinique semblable et qui présentent des besoins similaires d'interventions.

Ces résultats sont cohérents avec la littérature disponible en ce qui concerne le TSPT-C et le TPB, le TTD ayant été moins étudié. Plusieurs auteurs relèvent des points communs entre TSPT, TPB et antécédents d'abus dans l'enfance au plan neuroanatomique, neurofonctionnel, neuroendocrinologique et génétique (57,72,73,106). D'autres auteurs mettent l'accent sur des différences qualitatives de symptômes, qui s'ils entrent dans la même catégorie (difficultés interpersonnelles par exemple), sont vécus de façon subjectivement différente (50). Par ailleurs, M. Cloitre identifie par une analyse en classe latente des clusters de symptômes distincts entre TSPT-C et TPB associé à un TSPT (107), les patients avec un TPB auraient notamment plus de difficultés interpersonnelles et un sens de leur identité personnelle plus instable et moins intégrée.

2. Perspectives pour la recherche et la clinique

a. Comment décrire de façon opérationnelle le traumatisme psychique complexe ?

1) Nature du traumatisme

Dans notre étude, nous avons vu que les types d'expositions prises en compte sont très variables, et parfois en décalage avec les critères requis par le diagnostic auquel les études se rapportent. Il est possible que cela traduise en creux les incertitudes quant à

une délimitation pertinente des différents types de traumatisme. En effet, si les abus sexuels et physiques répétés semblent de façon consensuelle associés au psychotraumatisme complexe, les autres types d'expositions ont une place moins claire. L'abus émotionnel, s'il rentre théoriquement dans les critères d'exposition des entités diagnostiques étudiées, est généralement difficile à caractériser de façon objective. En effet, les types d'évènements recouverts par ce terme sont divers et tous n'ont pas le caractère brutal qu'implique la notion d'« effraction traumatique ».

La question de ce qui, de la nature de l'évènement ou de la réaction subjective à l'évènement, constitue le caractère traumatique a partiellement soutenu les évolutions successives de la symptomatologie. Cette question apparaît particulièrement aiguë chez l'enfant du fait d'un développement psychoaffectif encore inachevé. Face à l'effraction traumatique, l'enfant aux capacités de représentation et de compréhension immatures ne peut s'appuyer sur ses ressources cognitives pour traiter l'afflux sensoriel de l'évènement traumatique. Par ailleurs ses capacités de langage et de mentalisation sont moins efficaces, compliquant la communication de ses besoins affectifs. Pareillement, le caractère de « non-sens » du traumatisme qui met en péril les croyances de sécurité préalablement intégrées de l'individu semble s'appliquer de façon différente chez l'enfant victime de traumatisme interpersonnel. En effet ses croyances, ses conceptions et modèles sont justement en cours d'intégration, au contact de ses figures d'attachement. Quand l'agression répétée vient de cette figure d'attachement, il est probable qu'elle soit intégrée parmi le reste des expériences de l'enfant. A l'inverse, d'autres expériences non considérées comme traumatiques chez l'adulte peuvent l'être pour l'enfant.

Par ailleurs les études épidémiologiques ont souligné des risques inégaux de développer certains troubles psychiques entre les différents types d'abus.

2) Place de la négligence et des autres événements adverses de l'enfance

De la même façon, l'hétérogénéité dans le choix des expositions évaluées peut suggérer que l'importance relative de ces différents types d'expositions n'est pas clairement établie. Par ailleurs, leur co-occurrence quasi-systématique ne permet pas en pratique d'observer des effets différents. Sans être exhaustif, nous pouvons envisager plusieurs façons de conceptualiser cette association. Certains auteurs semblent pencher pour une approche « quantitative », à savoir que c'est la somme des expositions aux différents types d'adversité qui augmente le risque de pathologie psychique (108) ou la complexité symptomatique (109). D'autres auteurs proposent un modèle à deux dimensions où l'influence respective des abus et de la négligence ont des effets synergiques sur la complexité symptomatique (110).

3) Facteurs modulant l'influence de l'expérience traumatique

Si nous avons au cours de ce travail apporté des éléments pour souligner l'importance du caractère interpersonnel de l'abus, d'autres facteurs sont à même de moduler l'expérience du traumatisme, au moins au plan qualitatif ou symbolique.

L'âge d'exposition, comme nous l'avons vu précédemment, a une importance sur l'expérience subjective de l'évènement mais aussi sur ses conséquences. En effet certaines études ont montré qu'un âge précoce était un facteur péjoratif et qui pouvait également modifier de façon qualitative l'expression symptomatique ultérieure (111). Ceci pourrait être en lien avec une vulnérabilité cérébrale différente chez les enfants jeunes, en lien avec une neuroplasticité dépendant de l'âge (73).

Le genre féminin semble surreprésenté dans ces études sans que ce point ne soit discuté (notamment quand il constituait un critère d'inclusion). Pour autant il semble qu'il

constitue un facteur de vulnérabilité au psychotraumatisme (112), en partie du fait d'une grande exposition aux abus notamment sexuels (14,15).

b. Comment conceptualiser les conséquences du traumatisme complexe ?

Comme nous l'avons vu précédemment, atteindre une conceptualisation partagée de cet objet de recherche est probablement à même de faciliter l'avancée de la compréhension de ce phénomène.

Pour autant, la pertinence d'un cadre nosographique directement associé au traumatisme complexe n'est pas partagée par tous. Plusieurs hypothèses se retrouvent en pratique :

- Les conséquences des abus dans l'enfance formeraient une cible thérapeutique en tant que tel. C'est le postulat de B. van der Kolk en décrivant des critères pour le TTD, et dans une certaine mesure celui du TSPT-C.
- Les abus dans l'enfance constitueraient un facteur de risque générique pour la santé mentale (mais aussi physique), sans être associé à des pathologies définies. C'est le point de vue de certains auteurs (113), et va dans le sens des études épidémiologiques qui relient les abus dans l'enfance à la plupart des troubles psychiques existants.
- Les abus dans l'enfance entraîneraient des altérations dans plusieurs domaines de fonctionnement, eux-mêmes retrouvés dans plusieurs entités nosographiques. Cette hypothèse est soutenue par certains résultats expérimentaux et permet d'envisager un cadre scientifique transnosographique pour la recherche (106). S'en rapproche la conception d'un sous-groupe de patients porteurs d'un TPB et ayant été exposés aux abus.

Par ailleurs, et quelle que soit l'hypothèse retenue, l'évolution des fragilités induites par

les abus de l'enfance est très probablement influencée par de nombreux facteurs de risque et de protection, ainsi que l'illustrent les trajectoires diverses de nos vignettes cliniques.

Enfin, la dynamique temporelle dans l'expression de ces conséquences est rarement interrogée dans les études que nous avons incluses, en dehors de certains cas cliniques qui décrivent des facteurs déclenchants à l'émergence des troubles post-traumatiques. La durée d'évaluation est en revanche fréquemment assez courte et ne permet pas d'observer au long cours à la fois l'évolution clinique et l'effet des traitements. Des travaux longitudinaux permettraient d'étudier à la fois l'évolution symptomatique et également l'identification de périodes à risque. Ces périodes charnières dans l'évolution du psychotraumatisme complexe pourraient correspondre aux cycles vitaux (puberté, accès à l'indépendance ou à la parentalité) tels que l'illustrent dans nos vignettes cliniques l'histoire d'Anaïs et de Mme L.

c. Comment prendre en charge le psychotraumatisme complexe ?

Il est d'abord intéressant de noter que dans une grande majorité des études incluses, les conduites suicidaires ou dangereuses (à l'exception notable de l'étude de Harned et collaborateurs (86)) et les troubles addictologiques constituent des critères d'exclusion, alors même que ces comorbidités sont au cœur de la clinique du psychotraumatisme complexe. En effet comme nous l'avons vu précédemment, ils appartiennent aux conduites externalisées utilisées dans un but de régulation émotionnelle chez ces patients. Cette exclusion est rarement justifiée explicitement mais semble en lien avec des raisons de sécurité et de compliance au traitement. Pourtant la fréquence de ces comportements en pratique (62,63,108) rend cette exclusion préjudiciable à l'extrapolation des résultats. Inclure ces sujets dans des études ultérieures apparaît donc d'un intérêt certains.

La diversité méthodologique et surtout les biais fréquents (peu d'études contrôlées, faible taille d'échantillon, biais de recrutement et population parfois peu extrapolable) ne nous permettent pas de conclure à la supériorité d'une intervention spécifique.

Pour autant on retrouve une certaine convergence en ce qui concerne les objectifs et les principes de prise en charge. On retiendra de ces résultats l'intérêt d'apporter à la fois des habiletés visant à une meilleure régulation émotionnelle, d'utiliser des outils permettant de réduire les symptômes directement en lien avec l'exposition traumatique mais aussi d'articuler à cela un travail sur l'histoire de vie de l'individu.

Par ailleurs on peut retenir que les comorbidités notamment addictives et suicidaires ne sont pas une contre-indication en soi à la prise en charge spécifique des éléments traumatiques mais doit faire reconsidérer le format et le délai de leur prise en charge.

Enfin cette revue souligne l'importance d'expérimenter des interventions spécifiquement adaptées aux particularités développementales de l'enfant et de l'adolescent, à la fois ses capacités de compréhension, d'intégration, mais également ses besoins spécifiques. En ce sens, les interventions faisant intervenir les figures d'attachement de l'enfant (principales mais aussi accessoires ou plus symboliques comme les enseignants, les soignants) apparaît particulièrement pertinent pour corriger au plus tôt des croyances et modèles dysfonctionnels.

CONCLUSION

Le psychotraumatisme complexe est une réalité clinique fréquente, dont les manifestations et complications sont envahissantes pour le fonctionnement des sujets.

Différents cadres diagnostiques peuvent rendre compte de cette complexité, principalement le trouble de stress post-traumatique complexe, le trouble de personnalité borderline associé à l'expérience traumatique et le traumatisme développemental. Ces différents cadres nosographiques diffèrent principalement par les modèles de compréhension qui les sous-tendent et par la place accordée à l'exposition traumatique dans la genèse de ces troubles.

Pour autant l'étude de la littérature expérimentale tend à laisser envisager que si ces différentes entités s'appuient sur des plans de lecture distincts, elles décrivent une population clinique proche et proposent des principes de prises en charge jointifs. Les résultats de notre revue soulèvent la nécessité de poursuivre la recherche notamment thérapeutique sur cette question, ce qui pourrait permettre d'affiner un cadre diagnostique plus consensuel. En particulier la question de la clinique de l'enfant reste encore peu étudiée et les modèles diagnostiques reposent fréquemment sur des modèles adultes transposés à l'enfant. Or ceux-ci ne tiennent pas compte des particularités psychoaffectives et neurodéveloppementales de l'enfant, à même de moduler l'influence de l'exposition traumatique, l'expression clinique des troubles qui lui sont liés et l'évolution au cours du développement.

Au regard de la pratique clinique, éclairée par la recherche expérimentale, nous

pouvons tenter de proposer une vision intégrée du psychotraumatisme complexe. Le traumatisme interpersonnel expose l'enfant à un afflux sensoriel brutal face et imprévisible auquel ses capacités de représentation et d'intégration font défaut. Quand cette exposition est répétée, elle entrave la mise en place des processus d'attachement. L'appui sur la figure d'attachement afin d'assister chez lui la représentation et l'intégration de ces expériences est alors altéré. Ces expositions répétées créent chez l'enfant une vulnérabilité au niveau biologique, relationnel et symbolique. L'enfant développe alors des mécanismes d'adaptation lui permettant de se protéger face aux agressions et à l'insécurité qu'il expérimente. Sans le soutien d'un tiers sûr pour accompagner son apprentissage de l'identification émotionnelle à partir de ses ressentis sensoriels et face à des affects négatifs intenses, il a recours aux conduites externalisées dans une tentative d'auto-régulation. Par ailleurs il intègre des modèles de dynamiques relationnelles imprévisibles et violentes, auxquels il ne peut opposer que l'agressivité ou la passivité. Enfin n'ayant aucune possibilité de se soustraire à l'agression récurrente il intègre une image de lui impuissante et inefficace ou adopte le point de vue de l'agresseur et s'attribue partie ou totalité de la responsabilité de l'agression.

C'est hors de l'interaction violente que paradoxalement ces constructions se révèlent inadaptées. Face à un tiers neutre, l'enfant puis l'adulte projette les modèles sur lesquels il s'est construit où la relation à l'autre est vécue comme source d'abandon et de violence. S'ensuivent des comportements qui permettent de s'en protéger (détachement, lutte active contre l'abandon, soumission) ou de les provoquer en apportant un sentiment de maîtrise (violence, troubles du comportement, conduites sexualisées). Ces comportements tendent à se généraliser et font le lit d'une vulnérabilité surajoutée et de comorbidités qui aggravent encore le pronostic fonctionnel. Le postulat de B. van der Kolk du traumatisme

précoce comme un processus dynamique et envahissant l'ensemble des champs de la vie de l'enfant nous paraît en cela particulièrement pertinent.

Pour l'individu présentant un psychotraumatisme complexe une approche intégrative apparaît donc nécessaire. Elle vise d'une part à développer des compétences rapidement utilisables afin de favoriser l'auto-régulation et à réduire les symptômes invalidants. D'autre part un travail permettant à l'individu d'atteindre une compréhension unifiée de son histoire nous paraît important afin de replacer les croyances et fonctionnements issus de l'expérience traumatique dans leur contexte.

Par ailleurs, tant la clinique que la recherche soulignent que ce cercle vicieux n'est pas inéluctable. Les facteurs protecteurs et les expériences correctrices (sensorielles, émotionnelles et relationnelles) permettent à l'individu d'expérimenter des modalités de fonctionnement différentes. Le psychiatre et le pédopsychiatre tiennent alors un rôle privilégié pour promouvoir les conditions de ces expériences positives. Le pédopsychiatre peut participer à promouvoir auprès des intervenants ressources pour l'enfant des compétences permettant de répondre à ses besoins particuliers tout en s'adaptant aux comportements venant mettre en péril la relation.

Si nous reprenons l'histoire d'Anaïs, on peut supposer que c'est en partie le soutien d'une assistante familiale expérimentée, capable de répondre aux besoins d'Anaïs sans participer à la réinstauration de boucles relationnelles néfastes, qui lui a permis de développer des compétences extrêmement fonctionnelles au regard de son histoire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tarquinio C, Montel S. Les psychotraumatismes : histoire, concepts et applications. Paris: Dunod; 2014.
2. Birmes P, Schmitt L. Hic et nunc : Le stress post-traumatique, des chroniques antiques à la Grande Guerre. *L'Évolution Psychiatrique*. avr 1999;64(2):399-409.
3. Chidiac N, Crocq L. Le psychotrauma. Stress et trauma. Considérations historiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2010;168(4):311-9.
4. Racamier P-C. L'inceste et l'incestuel. Dunod; 1995.
5. Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. 2nd edition. 1889.
6. Freud S, Breuer J. Etudes sur l'hystérie. 1895.
7. Ferenczi S. Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In: *Oeuvres complètes*. 1932.
8. Janet P. L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Alcan; 1889.
9. Crocq L. Les cellules d'urgence médico-psychologiques. *Act Méd Int Psychiatr*. 1998;15:213.
10. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral-cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*. 1989;20(2):155-76.
11. Vaiva G, Ducrocq F, Molenda S. Psychiatrie de catastrophe et urgence. In: *Urgences psychiatriques*. Masson; 2008. p. 503-22.
12. Marmar CR, Weiss DS, Metzler T. Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder. In: *Trauma, Memory and Dissociation*. American Psychiatric Press; 1998. p. 231-47.
13. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. déc 2011;28(12):E17-45.
14. Kessler RC. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 1995;52(12):1048.
15. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juill 1998;55(7):626.

16. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2000;101(1):46-59.
17. Breslau N. Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *Can J Psychiatry.* déc 2002;47(10):923-9.
18. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry.* mars 2019;6(3):247-56.
19. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. *L'Encéphale.* avr 2005;31(2):182-94.
20. Molenda S. L'état de stress post-traumatique et ses troubles associés. *Rev Francophone Stress Trauma.* 2009;9:205-9.
21. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The Co-Occurrence of Major Depressive Disorder Among Individuals With Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis: Co-Occurring PTSD and MDD. *JOURNAL OF TRAUMATIC STRESS.* juin 2013;26(3):299-309.
22. Johansen VA, Eilertsen DE, Nordanger D, Weisaeth L. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: An 8-year prospective longitudinal study. *Nordic Journal of Psychiatry.* févr 2013;67(1):69-80.
23. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues Clin Neurosci.* juin 2015;17(2):141-50.
24. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and Substance Use Disorders: Findings From the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *AJP.* avr 2006;163(4):652-8.
25. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet.* janv 2009;373(9657):68-81.
26. Labbé J. Maltraitance des enfants – Perspective historique. *oss.* 2009;8(1):17-25.
27. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *AJP.* janv 1991;148(1):10-20.
28. Josse E. L'évènement traumatique. In: *Le traumatisme psychique.* 2011. p. 17-64.
29. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* juin

1999;43(2):202-10.

30. Herman JL. Trauma and recovery. Rev. ed. New York: BasicBooks; 1997. 290 p.
31. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*. mai 1998;14(4):245-58.
32. Ford K, Butler N, Hughes K, Quigg Z, Bellis MA. Adverse Childhood Experiences (ACEs) in Hertfordshire, Luton and Northamptonshire. Center for Public Health; 2016 mai.
33. Sethi D, World Health Organization, éditeurs. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013. 115 p.
34. Gorza M, Léon C, Lasbeur L, groupe Baromètre. Etat de santé mentale des personnes déclarant des antécédents de violence sexuelle avant l'âge de 15 ans - résultats du baromètre de santé publique France 2017. *Santé Publique France*; 2019. (La maltraitance pendant l'enfance et ses conséquences : un enjeu de santé publique). Report No.: 26-27.
35. Briere J, Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*. janv 1988;12(1):51-9.
36. Kisiel CL, Fehrenbach T, Torgersen E, Stolbach B, McClelland G, Griffin G, et al. Constellations of Interpersonal Trauma and Symptoms in Child Welfare: Implications for a Developmental Trauma Framework. *J Fam Viol*. janv 2014;29(1):1-14.
37. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3).
38. Briere J, Runtz M. Post Sexual Abuse Trauma: Data and Implications for Clinical Practice. *J Interpers Violence*. déc 1987;2(4):367-79.
39. Pruett KD. Home Treatment for Two Infants Who Witnessed Their Mother's Murder. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. janv 1979;18(4):647-57.
40. van der Kolk BA. Developmental Trauma Disorder : Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 1 mai 2005;35(5):401-8.
41. Alisic E, Zalta AK, van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. mai 2014;204(5):335-40.
42. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. août

2013;52(8):815-830.e14.

43. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel F, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *American Journal of Psychiatry*. juill 1996;153(7).
44. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*. nov 2010;34(11):813-22.
45. Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 1 mai 2005;35(5):390-8.
46. Ackerman PT, Newton JEO, McPherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*. août 1998;22(8):759-74.
47. Bloomfield MAP, Yusuf FNIB, Srinivasan R, Kelleher I, Bell V, Pitman A. Trauma-informed care for adult survivors of developmental trauma with psychotic and dissociative symptoms: a systematic review of intervention studies. *The Lancet Psychiatry*. mai 2020;7(5):449-62.
48. Palmier-Claus JE, Berry K, Bucci S, Mansell W, Varese F. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. déc 2016;209(6):454-9.
49. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1997;10(4):539-55.
50. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2014;1(1):9.
51. Tarquinio C, Houllé WA, Tarquinio P. Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*. avr 2017;26(2):79-86.
52. Becker-Weidman A. Effects of early maltreatment on development: a descriptive study using the Vineland Adaptive Behavior Scales-II. *Child Welfare*. 2009;88(2):137-61.
53. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Syst Res*. janv 1974;19(1):1-15.
54. Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *J Child Psychol Psychiatr*. mars 2016;57(3):241-66.

55. Thomason ME, Marusak HA. Toward understanding the impact of trauma on the early developing human brain. *Neuroscience*. févr 2017;342:55-67.
56. Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary Evidence for Sensitive Periods in the Effect of Childhood Sexual Abuse on Regional Brain Development. *JNP*. juill 2008;20(3):292-301.
57. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR, Hall J, et al. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*. déc 2002;52(11):1066-78.
58. D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012;82(2):187-200.
59. Kuhlman KR, Chiang JJ, Horn S, Bower JE. Developmental psychoneuroendocrine and psychoneuroimmune pathways from childhood adversity to disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. sept 2017;80:166-84.
60. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books; 1969.
61. Guedeney N, Guedeney A. *L'attachement: approche théorique : du bébé à la personne âgée*. 2016.
62. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. janv 2018;5(1):51-64.
63. Konkoly Thege B, Horwood L, Slater L, Tan MC, Hodgins DC, Wild TC. Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. *BMC Psychiatry*. déc 2017;17(1):164.
64. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. oct 2019;6(10):830-9.
65. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, et al. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *J Traum Stress*. juin 2012;25(3):241-51.
66. OMS, éditeur. *Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris: Masson; 1993. 305 p.
67. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, van Ommeren M, Jones LM, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. oct 2013;12(3):198-206.
68. OMS. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]*. 2019 [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: <http://id.who.int/icd/entity/585833559>

69. Garrabé J, Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-2015: correspondance et transcodage CIM10. 2015.
70. Ball JS, Links PS. Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Curr Psychiatry Rep.* févr 2009;11(1):63-8.
71. Thorpe M. Is Borderline Personality Disorder a Post-Traumatic Stress Disorder of Early Childhood? *Can J Psychiatry.* mai 1993;38(5):367-8.
72. Amad A, Radua J, Vaiva G, Williams SC, Fovet T. Similarities between borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: Evidence from resting-state meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews.* oct 2019;105:52-9.
73. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Gorwood P. The age-dependent plasticity highlights the conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* juin 2016;266(4):373-5.
74. Loisel Y, Shadili G, Corcos M. Psychotraumatisme, addictions et fonctionnement limite à l'adolescence : l'hypothèse du complexe traumatique (abord descriptif). *L'Information Psychiatrique.* juill 2018;94:569-75.
75. Rinne T, de Kloet ER, Wouters L, Goekoop JG, de Rijk RH, van den Brink W. Fluvoxamine Reduces Responsiveness of HPA Axis in Adult Female BPD Patients with a History of Sustained Childhood Abuse. *Neuropsychopharmacol.* janv 2003;28(1):126-32.
76. Leenarts LEW, Diehle J, Doreleijers TAH, Jansma EP, Lindauer RJL. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* mai 2013;22(5):269-83.
77. Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJLM. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *European Journal of Psychotraumatology.* déc 2014;5(1):23613.
78. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* août 2019;49(11):1761-75.
79. Korn DL, Leeds AM. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol.* déc 2002;58(12):1465-87.
80. Resick PA, Nishith P, Griffin MG. How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectr.* mai 2003;8(5):340-55.
81. Brown S, Shapiro F. EMDR in the Treatment of Borderline Personality Disorder.

Clinical Case Studies. oct 2006;5(5):403-20.

82. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJLM, van Dyck R, Veltman DJ, et al. Stabilizing group treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder related to childhood abuse based on psycho-education and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*. avr 2010;34(4):284-8.
83. Steil R, Dyer A, Priebe K, Kleindienst N, Bohus M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive residential treatment program: DBT-PTSD for PTSD Related to CSA. *J Traum Stress*. févr 2011;24(1):102-6.
84. Dorrepaal E, Thomaes K, Smit JH, van Balkom AJLM, Veltman DJ, Hoogendoorn AW, et al. Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy : A Multisite Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2012;81(4):217-25.
85. Schuppert M, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, et al. Emotion Regulation Training for Adolescents With Borderline Personality Disorder Traits: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. déc 2012;51(12):1314-1323.e2.
86. Harned MS, Korlund KE, Foa EB, Linehan MM. Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*. juin 2012;50(6):381-6.
87. Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(4):221-33.
88. Matulis S, Resick PA, Rosner R, Steil R. Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Adolescents Suffering from Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual or Physical Abuse: A Pilot Study. *Clin Child Fam Psychol Rev*. juin 2014;17(2):173-90.
89. Purvis KB, McKenzie LB, Becker Razuri E, Cross DR, Buckwalter K. A Trust-Based Intervention for Complex Developmental Trauma: A Case Study from a Residential Treatment Center. *Child Adolesc Soc Work J*. août 2014;31(4):355-68.
90. Ashton CK, O'Brien-Langer A, Silverstone PH. The CASA Trauma and Attachment Group (TAG) Program for Children who have Attachment Issues Following Early Developmental Trauma. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(1):35-42.
91. Chaperot C, Turdéanu L, Auxéméry Y. Traumatismes complexes et thérapie par la méthode des enveloppements humides (« packing »). Étude psychopathologique à partir de trois cas. *L'Évolution Psychiatrique*. avr 2017;82(2):323-38.

92. Hendriks L, de Kleine RA, Heyvaert M, Becker ES, Hendriks G-J, van Minnen A. Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: a single-trial design. *J Child Psychol Psychiatr*. nov 2017;58(11):1229-38.
93. Younan R, Farrell J, May T. 'Teaching Me to Parent Myself': The Feasibility of an In-Patient Group Schema Therapy Programme for Complex Trauma. *Behav Cogn Psychother*. juill 2018;46(4):463-78.
94. van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment in patients with childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. déc 2018;19(1):138.
95. Rosner R, Rimane E, Frick U, Gutermann J, Hagl M, Renneberg B, et al. Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 mai 2019;76(5):484.
96. McCullough E, Mathura A. A comparison between a Neuro-Physiological Psychotherapy (NPP) treatment group and a control group for children adopted from care: Support for a neurodevelopmentally informed approach to therapeutic intervention with maltreated children. *Child Abuse & Neglect*. nov 2019;97:104128.
97. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 22 juill 2020 [cité 28 sept 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2768029>
98. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *AJP*. févr 2005;162(2):214-27.
99. World Health Organization, Van Ommeren M. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Internet]. 2013 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/>
100. Cloitre M, Courtois CA, Ford JD, Green BL, Alexander P, Briere J, et al. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults [Internet]. 2012 nov. Disponible sur: http://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
101. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. sept 1996;27(3):209-18.
102. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993. 558 p. (Diagnosis and treatment of mental disorders).

103. Vaughan J, McCullough E, Burnell A. Neuro-Physiological Psychotherapy (NPP): The development and application of an integrative, wrap-around service and treatment programme for maltreated children placed in adoptive and foster care placements. *Clin Child Psychol Psychiatry*. oct 2016;21(4):568-81.
104. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles: De Boeck; 2005.
105. Cloitre M. The “one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *European Journal of Psychotraumatology*. déc 2015;6(1):27344.
106. Stover CS, Keeshin B. Research domain criteria and the study of trauma in children: Implications for assessment and treatment research. *Clinical Psychology Review*. août 2018;64:77-86.
107. Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. déc 2014;5(1):25097.
108. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span: Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 26 déc 2001;286(24):3089.
109. Briere J, Kaltman S, Green BL. Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *J Traum Stress*. avr 2008;21(2):223-6.
110. Wildschut M, Langeland W, Smit JH, Draijer N. Survivors of early childhood trauma: evaluating a two-dimensional diagnostic model of the impact of trauma and neglect. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014;5.
111. Keiley MK, Howe TR, Dodge KA, Bates JE, Petti GS. The timing of child physical maltreatment: a cross-domain growth analysis of impact on adolescent externalizing and internalizing problems. *Development and Psychopathology*. 2001;13(4):891-912.
112. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2000;101(1):46-59.
113. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*. nov 2009;29(7):647-57.
114. Kubany ES, Leisen MB, Kaplan AS, Watson SB, Haynes SN, Owens JA, et al. Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2000;12(2):210-24.
115. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*. déc 2004;11(4):330-41.

116. Resick PA, Jordan CG, Girelli SA, Hutter CK, Marhoefer-Dvorak S. A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*. 1988;19(3):385-401.
117. Rowan AB, Foy DW, Rodriguez N, Ryan S. Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse & Neglect*. janv 1994;18(1):51-61.
118. Draijer N. Structured Trauma Interview. Amsterdam: Vrije Universiteit, Department of Psychiatry; 1989.
119. Lobbestael J, Arntz A, Harkema-Schouten P, Bernstein D. Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: The interview for traumatic events in childhood (ITEC). *Child Abuse & Neglect*. août 2009;33(8):505-17.
120. Pennebaker J, Susman J. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science and Medicine*. 1988;
121. Briere J, Elliott DM, Harris K, Cotman A. Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and Association With Childhood and Adult Victimization in Clinical Samples. *J Interpers Violence*. déc 1995;10(4):387-401.
122. Davidson JRT, Tharwani HM, Connor KM. Davidson Trauma Scale (DTS): Normative scores in the general population and effect sizes in placebo-controlled SSRI trials. *Depress Anxiety*. 2002;15(2):75-8.
123. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*. 1997;9(4):445-51.
124. McCarthy S. Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). *Occupational Medicine*. 1 août 2008;58(5):379-379.
125. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index. *Curr Psychiatry Rep*. mars 2004;6(2):96-100.
126. Doric A, Stevanovic D, Stupar D, Vostanis P, Atilola O, Moreira P, et al. UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (PTSD-RI-5): a psychometric study of adolescents sampled from communities in eleven countries. *European Journal of Psychotraumatology*. 31 déc 2019;10(1):1605282.
127. World Health Organization. Composite international diagnostic interview 1.1: (CIDI) interviewer's manual. Geneva: World Health Organization; 1993.
128. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I disorder, clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1996.

129. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. juill 1997;36(7):980-8.
130. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Traum Stress*. janv 1995;8(1):75-90.
131. The clinician-administrated PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5) [Internet]. 2013. Disponible sur: Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
132. Nader K, Kriegler JA, Pynoos RS, Newman E, Weather FW. Clinician administrated PTSD Scale, Child and Adolescent version. Vol. 156. White River Junction, VT: National Center for PTSD; 1996.
133. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*. 1997;10(1):3-16.
134. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Traum Stress*. oct 1993;6(4):459-73.
135. Greenwald R, Rubin A. Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*. 1999;9:61-75.
136. Tarren-Sweeney M. The Assessment Checklist for Children — ACC: A behavioral rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and Youth Services Review*. mai 2007;29(5):672-91.
137. Tarren-Sweeney M. The Assessment Checklist for Adolescents — ACA: A scale for measuring the mental health of young people in foster, kinship, residential and adoptive care. *Children and Youth Services Review*. mars 2013;35(3):384-93.
138. Schotte CKW, de DONCKER D, Vankerckhoven C, Vertommen H, Cosyns P. Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: the ADP-IV. *Psychol Med*. sept 1998;28(5):1179-88.
139. Bohus M, Kleindienst N, Limberger MF, Stieglitz R-D, Domsalla M, Chapman AL, et al. The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*. 2009;42(1):32-9.
140. Bloo J, Arntz A, Schouten E. The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *RPsych*. 2017;20(2):311-36.

141. Miller AL, Rathus JH, Linehan M. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press; 2007. 346 p.
142. Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. Structured interview for DSM-IV personality: SIDP-IV. Washington DC; London: American Psychiatric Press; 1997.
143. Arntz A, van den Hoorn M, Cornelis J, Verheul R, van den Bosch WMC, de Bie AJHT. Reliability and Validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*. févr 2003;17(1):45-59.
144. Loranger AW. The International Personality Disorder Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mars 1994;51(3):215.
145. Briere J, Runtz M. The Inventory of Altered Self-Capacities (IASC): A Standardized Measure of Identity, Affect Regulation, and Relationship Disturbance. *Assessment*. sept 2002;9(3):230-9.
146. Bernstein EM, Putnam FW. Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale: The Journal of Nervous and Mental Disease. déc 1986;174(12):727-35.
147. Carlson EB, Putnam FW. An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. mars 1993;6(1):16-27.
148. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis*. août 1997;185(8):491-7.
149. Steinberg M, Rounsaville B, Cicchetti DV. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *AJP*. janv 1990;147(1):76-82.
150. Stiglmayr C, Schimke P, Wagner T, Braakmann D, Schweiger U, Sipos V, et al. Development and Psychometric Characteristics of the Dissociation Tension Scale. *Journal of Personality Assessment*. 19 avr 2010;92(3):269-77.
151. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*. sept 2006;18(3):303-12.
152. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire. University of Washington, Department of Psychology; 1996.
153. Kubany ES, Haynes SN, Abueg FR, Manke FP, Brennan JM, Stahura C. Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*. déc 1996;8(4):428-44.

154. Andrews B, Qian M, Valentine JD. Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*. mars 2002;41(1):29-42.
155. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. New Jersey; 1965.
156. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*. 1999;11(3):303-14.
157. Perasso G, Velotti P. Difficulties in Emotion Regulation Scale. In: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, éditeurs. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 30 sept 2020]. p. 1-3. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-28099-8_810-1
158. Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Wei Hou, Garvan CW, Eyberg SM, et al. Parent and Teacher SNAP-IV Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Psychometric Properties and Normative Ratings From a School District Sample. *Assessment*. sept 2008;15(3):317-28.
159. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Test review Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*. sept 2000;6(3):235-8.
160. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureño G, Villaseñor VS. Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):885-92.
161. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1 juin 1961;4(6):561.
162. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory–II [Internet]. American Psychological Association; 1996 [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t00742-000>
163. Rotundo N, Hensley VR. The children's depression scale: a study of its validity. *J Child Psychol & Psychiat*. nov 1985;26(6):917-27.
164. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960;(23):56-62.
165. Skapinakis P. Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. In: Michalos AC, éditeur. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 28 sept 2020]. p. 6261-4. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-0753-5_2825
166. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. *Br J Psychiatry Special Publication*. 1969;(3):76-9.

167. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L, Bridge J, Monga S, Baugher M. Psychometric Properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A Replication Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. oct 1999;38(10):1230-6.
168. Kamphaus RW, Reynolds CR. Parenting relationship questionnaire. Minneapolis, MN: NCS Pearson; 2006.
169. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. Eapen V, éditeur. *PLoS ONE*. 4 mai 2017;12(5):e0176218.
170. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. janv 1973;9(1):13-28.
171. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*. août 1983;13(3):595-605.
172. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1997.
173. Schneider S, Pflug V, Margraf J, In-Albon T. Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2017 [cité 29 sept 2020]; Disponible sur: <https://omp.ub.rub.de/index.php/RUB/catalog/book/101>
174. Steinhausen H-C, Metzke CW. Youth Self-Report of Behavioral and Emotional Problems in a Swiss Epidemiological Study. *Journal of Youth and Adolescence*. août 1998;27(4):429-41.
175. Achenbach TM. Child Behavior Checklist for ages 6-18. 1991.
176. Patrick DL, Edwards TC, Topolski TD. Adolescent quality of life, Part II: initial validation of a new instrument. *Journal of Adolescence*. juin 2002;25(3):287-300.
177. Kim S. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment. In: Michalos AC, éditeur. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [cité 30 sept 2020]. p. 7260-1. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-0753-5_3282
178. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen Mf, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res*. déc 2011;20(10):1727-36.
179. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. Reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*. 1995;166(5):654-9.

ANNEXE 1 : INSTRUMENTS UTILISES POUR LE RECUEIL DES EXPOSITIONS TRAUMATIQUES

A. Exposition à des évènements traumatiques divers

1. TLEQ (114) Traumatic Life Events Questionnaire

Auto-questionnaire évaluant l'exposition à différents types d'évènements traumatiques (22 évènements et un item « autres ») répondant au critère A1 du DSM-IV (atteinte réelle ou potentielle à l'intégrité physique), interpersonnels ou non. Pour chacun d'entre eux, il fait préciser l'expérience de l'évènement (afin d'évaluer la validité du critère d'effroi du DSM-IV), ainsi que la réaction émotionnelle immédiate et l'importance de l'atteinte à l'intégrité. Il propose de définir un trauma index défini comme le pire évènement vécu par l'individu.

2. CEQ Childhood Experiences Questionnaire (Linehan, non publié)

Evalue l'exposition dans l'enfance à 25 types d'évènements traumatiques, interpersonnels ou non.

3. Inventaires intégrés à d'autres instruments

La PDS, l'UCLA-PTSD, la PSS-I (décrites dans un paragraphe suivant) comportent également une évaluation rapide de l'exposition traumatique. La CAPS contient un inventaire d'évènements de vie qui a été validée indépendamment, la *List of Events Checklist* (LEC 51).

B. Mesure spécifique de l'exposition à des traumatismes interpersonnels

1. STI Standardized Trauma Interview (Resick)

Entretien structuré formalisé développé par P. Resick et collaborateurs dans le cadre de l'étude incluse ici (80), et adaptée d'une étude précédente (116). Il recueille : des données socio-démographiques, des informations au sujet du viol, le soutien social, les antécédents d'exposition traumatique et de traitements. Il comprend également la SAEQ et l'AE-III-PP.

2. SAEQ (117) Sexual Abuse Exposure Questionnaire

Auto-questionnaire de 10 items qui évalue l'exposition à différents types d'abus sexuels avant l'âge de 16 ans, chaque item correspondant à un type d'abus et coté de façon binaire (présence/absence d'exposition).

3. AE-III-PP (117) Assessing Environment-III-Physical Punishment

Auto-questionnaire de 12 items qui évalue une large variété de comportements de discipline physique subis dans l'enfance (de la fessée à des gestes à risque de blessure). Chaque item est coté de façon binaire (présence/absence), et un score supérieur à 4 suggère un antécédent d'abus physique.

C. Maltraitance et évènements adverses de l'enfance

1. STI (118) Structured Trauma Interview (Draijer)

Entretien développé pour des patients psychiatriques et qui interroge la présence et les conséquences d'expositions à l'abus physique ou sexuel et la négligence dans l'enfance

(avant 16 ans). Il détaille l'exposition à différentes formes d'abus ainsi que le lien à l'auteur. Pour chaque exposition il recueille également la fréquence (cotée de 0 « jamais » à 6 « quotidiennement ») et la gravité perçus (de 0 « absence de perturbation » à 4 « perturbation très grave »). Il recouvre également des expériences telles que les séparations précoces, l'exposition à la violence conjugale et d'autres facteurs d'adversité.

2. ITEC (119) Interview for Traumatic Events in Childhood

Entretien semi-structuré (41 items) évaluant l'exposition à plusieurs formes de maltraitance avant 18 ans : abus sexuel (12 items), physique (13 items) et émotionnel (9 items), négligence physique (2 items) et émotionnelle (7 items). Il recueille également des informations concernant le caractère direct ou indirect de l'exposition, le lien à l'agresseur, l'âge d'exposition en classe d'âge, la fréquence d'exposition, l'influence sur la victime à la fois par le passé et actuellement. Il comprend des sous-échelles permettant de calculer des scores dimensionnels de sévérité de chaque type de maltraitance.

3. CTES (120) Childhood Traumatic Events Scale

Explore l'exposition dans l'enfance (avant 17 ans) et dans les trois années précédentes à différentes expériences traumatiques et adverses : violence physique ou sexuelle, décès d'un proche, accident ou maladie grave, séparation parentale, séparation conjugale, changement important. Pour chaque évènement, le patient cote selon un degré d'intensité la perception de la nature traumatique de l'évènement et la possibilité de partager son expérience avec d'autres.

ANNEXE 2 : MOYENS D'ÉVALUATION DU TSPT ET DU PSYCHOTRAUMATISME COMPLEXE

A. Instruments spécifiques du TSPT et du TSPT-C

1. Auto-évaluation

a. TSI (121) Trauma Structured Interview

Auto-questionnaire conçu pour examiner le stress post-traumatique et les différentes conséquences psychologique d'un traumatisme aigu ou chronique. Il se présente sous forme d'une liste de 100 propositions, réponses cotées au moyen d'une échelle de type Likert d'accord avec la proposition, de 0 « jamais » à 3 «souvent ». Les réponses portent sur les six mois précédents.

Le questionnaire se décompose en 10 échelles cliniques :

- Colère/irritabilité : affects, cognitions et comportements en lien avec la colère (9 items)
- Dépression : humeur dépressives et cognitions négatives (8 items)
- Activation anxieuse : anxiété et hyperactivation neurovégétative (8 items)
- Expériences de reviviscence (8 items)
- Evitement défensif : cognitif ou comportemental (8 items)
- Dissociation : dépersonnalisation, engourdissement psychique (9 items)
- Auto-référence dysfonctionnelle : confusion identitaire, manque d'autonomie affective (9 items)
- Comportement sexuel dysfonctionnel : mises en danger sexuels, revictimisation (9

items, dont 3 communs avec les comportements de réduction de tension)

- Inquiétude sexuelle : insatisfaction, dysfonction, pensées intrusives (9 items)
- Comportement de réduction de tension : à type d'automutilation, crises de rage ou conduites suicidaires (8 items, 3 communs avec comportement sexuel dysfonctionnel)

b. DTS (122) Davidson Trauma Scale

Cette échelle permet le diagnostic et l'évaluation de la sévérité du TSPT. Elle comprend 17 items, chacun coté en fréquence (de 0 « pas du tout » à 4 « tous les jours ») et en intensité (de 0 « pas du tout pénible » à 4 « extrêmement pénible »). Elle permet de calculer un score total (de 0 à 136), de sévérité et de fréquence (de 0 à 68 chacun), et pour 3 critères diagnostiques selon le DSM-IV (symptômes intrusifs, évitement, hyperactivité neurovégétative).

c. PDS (123) Post-traumatic Diagnostic Scale

La PDS est un auto-questionnaire de 49 items. Ces items évaluent l'exposition à différents types d'évènements potentiellement traumatiques, propose de définir un psychotraumatisme index (celui perçu comme ayant le plus d'influence) qui servira de référence pour identifier les symptômes post-traumatiques. Ensuite, 17 items évaluent la présence des critères du DSM-IV pour le TSPT, y compris ceux concernant l'exposition traumatique (la notion de menace à l'intégrité et le sentiment d'effroi). Enfin le patient évalue le retentissement de ces symptômes dans 9 domaines de fonctionnement.

LA PDS comprend un score de sévérité de 0 à 51 (124), il permet de qualifier le trouble de léger (1-10), modéré (11-20), modéré à sévère (21-35) ou sévère (36-51).

d. UCLA-PTSD (125) University of California at Los Angeles Post-Traumatic Stress Disorder reaction index

Auto-questionnaire à destination des enfants et des adolescents qui comprend trois parties :

- Rapide évaluation de l'exposition sur la vie entière à différentes formes de traumatismes
- Evaluation systématique des critères d'exposition du DSM-IV
- Fréquence d'occurrence des symptômes de TSPT

Une version adaptée au DSM-5 existe également sur le même format (126).

2. Hétéro-évaluation

a. Au sein des instruments de diagnostic généralistes

Ces instruments tels que la CIDI (127), la SCID-I (128), la K-SADS-PL (129) comportent des modules interrogeant le diagnostic de TSPT selon les critères du DSM-IV. Ils sont détaillés dans un paragraphe suivant.

b. CAPS (130), CAPS-5 (131) et CAPS-CA (132) Clinician-Administered PTSD Scale

La CAPS est un entretien clinique structuré évaluant la fréquence (de 0 « jamais » à 4 « tous les jours ou presque ») et l'intensité (de 0 « aucunement » à 4 « extrêmement ») de chaque critère du diagnostic de TSPT selon le DSM en vigueur et sur différentes périodes de temps selon la version.

La CAPS en lien avec le DSM-III-R évalue les 17 symptômes de TSPT et les 8 caractéristiques associées qui y sont décrits. LA CAPS-5 comporte 30 items et reprend les symptômes du TSPT selon le DSM-5, elle existe en 2 versions selon la période de temps sur laquelle les symptômes sont évalués (un mois ou une semaine).

La CAPS-CA est conçue pour les enfants et adolescents de 8 à 18 ans, elle contient 33 items évaluant les symptômes du TSPT selon le DSM-IV (DSM-5 pour la CAPS-CA-5).

c. SIDES (133) Structured Interview for Disorder of Extreme Stress

Le SIDES est un entretien structuré qui peut être utilisé à visée diagnostique (présence/absence de chaque symptôme) et de mesure de sévérité (chaque symptôme étant coté de 0 « inexistant » à 3 « sévère ») des DESNOS. Il interroge des dimensions spécifiques du psychotraumatisme complexe.

1. Dysrégulation des émotions et des impulsions : labilité, difficulté à contrôler ses pulsions agressives, comportements auto-agressifs, suicidalité, difficultés sexuelles (dont évitement et mises en danger), comportements à risque.
2. Perturbation de la perception ou de la conscience : amnésie, épisodes dissociatifs ou de dépersonnalisation
3. Cognitions négatives sur soi : agentivité, sentiment d'être détruit, culpabilité, honte, sentiment d'isolement, minimisation du danger.
4. Difficultés interpersonnelles : difficultés à faire confiance, revictimisation ou perpétration de violence
5. Somatisation : symptômes somatoformes, angoisses hypochondriaques
6. Cognitions négatives sur le monde : perte d'espoir, modification du sens ou des valeurs.

Il existe une version complète de 48 items, et une version plus courte de 37 items.

d. PSS-I et PSS-SR (134) PTSD Symptom Scale – Interview

Entretien semi-structuré (PSS-I) et auto-questionnaire (PSS-SR) de 17 items qui évalue les critères du TSPT selon le DSM-IV et leur sévérité sur les deux semaines précédentes.

e. PROPS (135) Parent Report of Post-traumatic Stress Symptoms

Questionnaire de 30 items à destination des parents d'enfants de 7 à 17 ans qui évalue la fréquence des symptômes post-traumatiques.

f. ACC/ACA (136,137) Assessment Checklist for Children/Adolescents

Questionnaire à destination des adultes référents d'enfants de 4 à 11 ans (ACC, 120 items) et d'adolescents de 12 à 17 ans (ACA, 105 items). Ce questionnaire est spécifiquement conçu pour évaluer la santé mentale des enfants et adolescents de jeunes bénéficiant d'une mesure de placement alternative (foyer, famille d'accueil, parents adoptifs). En ce sens, si elle n'est pas directement définie comme évaluant le psychotraumatisme complexe, elle s'adresse à des enfants ayant fréquemment été exposés à des événements traumatiques interpersonnels et a été utilisée comme telle dans l'étude de Mc Cullough incluse dans notre revue (96). Les items sont volontiers comportementaux pour permettre l'évaluation fiable par un tiers. Elle comporte plusieurs échelles cliniques et une échelle composite d'estime de soi. Ces échelles cliniques sont les suivantes (ici A indique les échelles présentes dans l'ACA, E celles présentes dans l'ACC, en gras celles communes utilisées dans l'étude) :

- **Comportements interpersonnels non réciproque (A,E) : comportements d'évitement relationnel actif (retrait, refus de parler,...)**
- **Comportements sexualisés problématiques (A,E)**
- **Comportements d'accumulation de nourriture (A,E) : voler, cacher de la nourriture par exemple.**
- **Discours suicidaire (A,E)**
- Comportements interpersonnels pseudomatures (E)

- Comportements interpersonnels indiscriminés (E)
- Comportements interpersonnels insécures (E)
- Comportements anxieux/méfiants (E)
- Réponse anormale à la douleur (E)
- Auto-mutilation (E)
- Instabilité sociale et comportementale (A)
- Dysrégulation émotionnelle et cognitions sociales biaisées (A)
- Symptômes traumatiques et dissociatifs (A)

L'échelle d'estime de soi comporte l'image de soi négative et la faible confiance en soi.

B. Moyens d'évaluation du trouble de personnalité borderline

1. Auto-évaluation

a. ADP-IV (138) Assessment of DSM-IV Personality Disorder

Auto-questionnaire de 94 items permettant d'évaluer les critères des troubles de personnalité selon le DSM-IV, et conçu pour éviter le sur-diagnostic en évaluant pour chaque item non seulement la présence du trait de personnalité mais également la détresse ou le retentissement fonctionnel associé. En effet pour chaque trait, le patient décrit son degré d'accord de 1 (« totalement en désaccord ») à 7 (« totalement d'accord »), et pour les réponses « traits » de 5 à 7, un score de retentissement est proposé de 1 « pas du tout » à 3 « très certainement ».

Elle comprend 11 facteurs (en italique les dimensions associées au TPB) :

- Anxiété sociale et évitement

- *Psychopathie*
- Méfiance
- *Hostilité interpersonnelle*
- *Affects et image de soi négatifs*
- Narcissisme
- Cognitions et perceptions schizotypiques
- *Instabilité et besoins d'attention*
- Anticipation catastrophique
- Défiance et culpabilité
- Détachement

b. BSL-23 (139) Borderline Symptom List

Auto-questionnaire de 23 propositions pour lesquelles le patient note son degré d'accord. Les items sont en lien avec des perturbations attentionnelles et de conscience, la dysrégulation émotionnelle et comportementale, les cognitions négatives sur soi (honte, dégoût), les affects dépressifs, les difficultés relationnelles (manque de confiance, sensibilité). Il existe une version validée en français.

c. BPD-47 (140) Borderline Personality Disorder Checklist

Auto-questionnaire de 47 items qui évalue les critères DSM-IV du TPB.

d. LPI (141) Life Problems Inventory

Auto-questionnaire de 60 items évaluant les traits de personnalité de type borderline chez les adolescents. Il comporte 4 sous-échelles :

- Dysrégulation émotionnelle

- Impulsivité
- Chaos interpersonnel
- Confusion à propos du soi

2. Hétéro-évaluation

a. SIDP-IV (142) Structured Interview for DSM-IV Personality Disorder

Entretien semi-structuré permettant d'interroger le patient sur son fonctionnement et son comportement habituel, en structurant l'entretien en dix domaines de fonctionnement (activités de loisirs, cadre professionnel...). L'entretien permet de support afin de coter chaque critère du DSM-IV en lien avec les troubles de personnalité sur une échelle allant de 0 « non présent » à 3 « symptôme important ». Les critères définissant le TPB n'ont pas été modifiés dans le DSM-5, ces critères ont été rappelés précédemment.

b. BPDSI (143) Borderline Personality Disorder Severity Index

Entretien semi-structuré qui évalue la fréquence et l'intensité des manifestations du TPB, tels que définis dans le DSM-IV, dans les 3 mois précédents. Pour chaque critère diagnostique, plusieurs questions évalue sa présence dans différents contextes ou pour divers manifestations. La fréquence est cotée de 0 « jamais » à 10 « quotidiennement ».

c. IPDE (144) International Personality Disorder Examination

Entretien semi-structuré organisé en séquences examinant le fonctionnement de l'individu dans différents domaines de fonctionnement : travail, rapport à soi, relations interpersonnelles, affects, rapport à la réalité et contrôle des impulsions. Il sert de support au diagnostic (selon la CIM-10 et le DSM-IV) et permet de calculer des scores pour chaque trouble de personnalité.

C. Dimensions cliniques entrant dans la description du psychotraumatisme complexe

1. Capacités du soi : IASC (145) Inventory of Altered Self-Capacities

Il s'agit d'un outil pensé comme transnosographique de repérage des déficits de capacités du soi, soit l'incapacité à :

- maintenir une conscience de soi et de son identité cohérente et stable en fonction des affects, situations et interactions
- supporter et contrôler des émotions intenses (notamment négatives) sans avoir recours à des comportements externalisés ou un évitement
- créer des relations interpersonnelles investies sans qu'elles soient perturbées par des projections inappropriées, une peur de l'abandon, ou des comportements qui mettent la relation à l'épreuve

Ces déficits se retrouvent donc fréquemment chez les patients présentant un TPB mais également chez les personnes ayant été exposés à la violence interpersonnelle dans l'enfance.

Il comprend 7 échelles :

- Conflits interpersonnels
- Idéalisation/désillusion : tendance à changer radicalement d'opinion sur les autres
- Inquiétudes quant à l'abandon (réel ou imaginé)
- Déficit de l'identité, qui comprend 2 sous-échelles :
 - conscience de soi (mauvaise compréhension de soi)
 - diffusion de l'identité (tendance à confondre ses pensées, émotions et opinions avec celles des autres)

- Vulnérabilité à l'influence
- Dysrégulation des affects et du contrôle qui comporte deux sous-échelles :
 - o instabilité des affects
 - o déficit en habiletés affectives
- Activités de réduction de tension : tendance à réguler ses états internes difficiles par des comportements externalisés et potentiellement dysfonctionnel.

2. Dissociation

a. DES (146) et DES-II (147) Dissociative Experiences Scale

La DES est un auto-questionnaire évaluant la fréquence des symptômes dissociatifs, appuyé sur des situations de la vie quotidienne. Elle est destinée aux adultes. Il en existe une version à destination des adolescents, l'A-DES (148), avec des situations de vie adaptées à l'âge.

b. SCID-D (149) Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative disorders

Entretien semi-structuré évaluant chacun des critères DSM-III-R des troubles dissociatifs : amnésie dissociative, trouble dissociatif de l'identité et trouble de dépersonnalisation principalement.

c. Dissociation Tension Scale (150)

Auto-questionnaire évaluant les symptômes dissociatifs psychologiques et somatoformes, ainsi que la tension interne dans les 7 jours précédents. Pour chaque symptôme, le patient indique une fréquence de 0% « jamais » à 100% « constamment ».

3. Comportements dangereux

a. SASII (151) Suicide Attempts Self-Injury Interview

Instrument d'évaluation des conduits suicidaires et d'auto-mutilation qui examine le geste auto-agressif : le moyen utilisé, sa létalité, son impulsivité, la probabilité d'être secouru, l'intentionnalité et les conséquences du geste.

b. SBQ (152) Suicidal Behaviors Questionnaire

Auto-questionnaire qui évalue la présence actuelle ou antérieure de crises suicidaires (intensité des idées suicidaires, scénarisation, planification, passage à l'acte, ressources mobilisables, motivation), la fréquence des idées suicidaires sur différentes périodes, leur verbalisation. Il interroge également la fréquence sur l'année précédente de différents types de gestes potentiellement létaux et comportements auto-mutilatoires et leur intentionnalité. Il interroge également un large panel de ressentis potentiellement associés aux auto-mutilations.

4. Perceptions de soi et du monde

a. TRGI (153) Trauma-Related Guilt Inventory

Inventaire évaluant les cognitions négatives de culpabilité en lien avec l'exposition traumatique, qui comprend quatre facteurs principaux : le biais d'attribution de responsabilité (le fait de s'attribuer la responsabilité de l'évènement traumatique), la détresse associée, la violation de ses normes personnelles (l'évènement en soi ou le vécu de cet évènement contreviennent aux valeurs de la personne) et le manque de justification (invalidation de son comportement au moment de l'évènement traumatique).

b. ESS (154) Experience of Shame Scale

Évaluation du sentiment de honte de soi (comportement, habitudes, fonctionnement, personnalité, apparence).

c. RSES (155) Rosenberg Self-Esteem Scale

Auto-questionnaire évaluant l'estime de soi chez les adolescents.

d. PCTI (156) Post-traumatic Cognitions Inventory

Auto-questionnaire évaluant les cognitions négatives sur soi, sur le monde et la tendance à se reprocher l'évènement traumatique.

5. Régulation émotionnelle et comportementale

a. DERS (157) Difficulties in Emotion Regulation Scale

Auto-questionnaire évaluant les difficultés de régulation émotionnelle et comportementale et leur fréquence.

b. SNAP-IV (158) Swanson, Nolan and Pelham Teacher and Parent Rating Scale

Auto-questionnaire à destination des parents et des enseignants conçu pour mesurer les symptômes de TDA/H et de TOP chez les enfants et les adolescents. Pour chaque item, une cotation de l'intensité du symptôme est demandée en 4 points. Il interroge différents domaines : inattention, hyperactivité/impulsivité, des items liés au TOP (principalement les affects de colère, la dysrégulation émotionnelle, les difficultés relationnelles) ou au trouble des conduites, des éléments de psychopathologie générale et des items portant sur le retentissement fonctionnel des troubles.

c. BRIEF (159) Behavioral Rating Inventory of Executive Function, sous-échelle

regulation comportementale

Questionnaire à destination des parents d'enfants de 5 à 18 ans. Il comporte 8 échelles réparties en deux grands domaines : la régulation comportementale (inhibition, flexibilité au changement, contrôle émotionnel) et la métacognition (initiation, mémoire de travail, planification, organisation matérielle, supervision).

6. Difficultés interpersonnelles : IIP (160) Inventory of Interpersonal Problems

Auto-questionnaire de 127 items séparés en deux sections : inhibitions ou inadéquation sociale et excès ou compulsions. Pour chaque item l'intensité de la difficulté est évaluée sur une échelle à 5 points.

ANNEXE 3 : AUTRES DIMENSIONS EVALUEES

A. Autres troubles

1. Symptômes dépressifs

a. BDI (161) Beck Depression Inventory

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 21 items interrogeant les symptômes dépressifs et très largement utilisé en recherche dans ses versions successives. La seconde version (BDI-II) développée en 1996 (162), est plus proche des critères du DSM-IV. La sévérité de la dépression est évaluée selon le score total : mineure (0-9), légère (10-18), modérée (19-29), sévère (30-63).

b. CDI (163) Children's Depression Inventory

Auto-questionnaire de 27 items évaluant la sévérité des symptômes dépressifs chez les enfants de 7 à 17 ans.

c. Hamilton Rating Scale for Depression (164)

Instrument d'hétéro-évaluation des symptômes dépressifs sur 17 items. Le score total permet d'apprécier la sévérité des symptômes : mineurs (0-9), légers (10-13), légers à modérés (14-17), modérés à sévères (18-50)

2. Anxiété

a. STAI (165) State-Trait Anxiety Inventory

Auto-questionnaire de 40 propositions qui mesure l'état d'anxiété (réactionnelle) et

l'anxiété en tant que trait individuel.

b. Hamilton Scale for Anxiety (166)

Instrument d'hétéro-évaluation de l'anxiété, permettant d'évaluer la sévérité des symptômes sur 14 items (subjectifs et comportementaux). Le score total permet de rendre compte de la sévérité des symptômes : mineurs (<18), légers à modérés (18-24), modérés à sévères (25-30) et sévères (31-56).

c. SCARED (167) Screen for Child Anxiety Related Disorders

Auto-questionnaire de dépistage des troubles anxieux conçu pour les enfants de 8 à 18 ans. Il comprend 41 items sous formes de propositions cotées de 0 « pas ou rarement vrai » à 2 « très vrai ou très souvent vrai ». Il permet de calculer un score total (si >25-30 peut indiquer un trouble anxieux. Il permet de calculer également des scores spécifiques pour le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété sociale, l'évitement scolaire.

B. Habiletés parentales et relation parents-enfant

1. PRQ (168) Parenting Relationship Questionnaire

Évaluation des perceptions parentales de diverses composantes de leur relation à leur enfant : attachement, communication, discipline, implication, confiance, satisfaction en lien avec la scolarité et la frustration relationnelle. Chacune de ces composantes constitue une sous-échelle. Elle existe en deux formats qui s'adressent à des parents d'enfants de 2 à 5 ans et de 6 à 18 ans.

2. PRFQ-1 (169) Parental Reflective Functioning Questionnaire

Auto-questionnaire à destination des parents évaluant leur fonction réflexive, à savoir leur capacité à comprendre et interpréter leurs propres états mentaux et ceux de leur enfant.

C. Instruments généralistes

1. Evaluation globale de la santé mentale des adultes

a. SCL-90-R (170) Symptom CheckList

Auto-questionnaire de dépistage des comorbidités psychiatriques, il permet de coter 9 sous-échelles (dépression, anxiété, somatisation, traits sensitifs, obsession/compulsion, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde, symptômes psychotiques), ainsi que des index de sévérité globale. Il peut être utilisé à partir de 14 ans.

Le *Brief Symptom Inventory* (BSI, 70) en est une version brève.

b. CIDI (127) Composite International Diagnostic Interview

Instrument standardisé de repérage des troubles psychiatriques et addictologiques (présence, intensité) selon les critères du DSM-IV et de la CIM-11, s'adressant aux adultes. Il comporte 9 modules recouvrant les catégories de la CIM et du DSM.

c. SCID-I (128) et II (172) : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I / Axis II disorders

Entretiens semi-structurés de diagnostic des différents troubles psychiatriques (Axe I) et de personnalité (Axe II) selon le DSM-IV, chaque module couvre une catégorie diagnostique du DSM et interroge chaque critère diagnostique.

2. Evaluation globale de la santé mentale des enfants

a. Kinder-DIPS (173) Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Entretien structuré (en langue allemande) investiguant l'ensemble des catégories diagnostiques applicables à l'enfant et l'adolescent dans la CIM-10 et le DSM-IV. Il comprend un module consacré au TSPT qui recherche à la fois l'exposition à 11 évènements traumatiques et évalue les critères du TSPT.

b. YSR (174) Youth Self-Report

Auto-questionnaire s'adressant aux adolescents de 11 à 18 ans, qui évalue la psychopathologie générale avec des questions adaptées à l'âge. Elle permet d'obtenir un score total ainsi que deux sous-échelles : comportements externalisés et internalisés.

c. CBCL 6-18 (175) Child Behavior CheckList

Questionnaire à destination des parents d'enfants de 6 à 18 ans évaluant différents domaines symptomatique et reposant également sur les comportements externalisés et internalisés.

d. K-SADS-PL (129) Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children – Present and Lifetime version

Entretien diagnostique semi-structuré adressé aux enfants et adolescents de 6 à 18 ans. Il couvre la totalité des troubles psychiatriques retrouvés à cet âge. Il propose des questions de dépistage puis des suppléments : troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles anxieux et post-traumatiques, troubles neurodéveloppementaux, du comportement et des conduites, troubles addictologiques dont les TCA.

L'entretien évaluant le TSPT recouvre les critères du DSM-5. Cet entretien existe en langue française.

3. Fonctionnement global et qualité de vie

a. YQOL (176) Youth Quality of Life

Auto-questionnaire de 57 items qui évalue la qualité de vie liée à l'état de santé des adolescents de 11 à 18 ans

b. WHO-QOL (177) World Health Organization Quality Of Life assessment

Instrument permettant d'évaluer la qualité de vie générale : liée à la santé, bien-être psychologique, relations sociales, en lien avec son environnement.

c. EQ5D (178) EuroQoL 5 domains

Auto-questionnaire évaluant 5 domaines de la qualité de vie liée à la santé : mobilité, soin de soi, activités usuelles, douleur/inconfort, anxiété/dépression. Pour chaque item, 5 réponses d'intensité croissante sont possibles.

d. GAF (179) Global Assessment of Functioning

Evaluation globale du fonctionnement d'un individu de 1-10% (patient présentant un danger persistant pour lui-même ou autrui) à 91-100% (niveau supérieur de fonctionnement dans la plupart des domaines).

ANNEXE 4 : TABLEAUX DE PRESENTATION DES DONNEES

Tableau 2 : Dimensions cliniques en lien avec le traumatisme évaluées pour décrire la population.

Tableau 3 : Autres dimensions cliniques évaluées pour décrire la population et principaux critères d'exclusion.

Tableau 4 : Caractérisation des expositions traumatiques

Tableau 5 : Principales dimensions cliniques évaluées pour juger de l'efficacité du traitement

Tableau 2 : Dimensions cliniques évaluées pour décrire la population, diagnostics associés à l'exposition traumatique. Pour les échelles, se référer au paragraphe C.2. IDS : idées suicidaires ; TS : tentative de suicide ; TTD Trouble Traumatique Développemental. En vert l'élément clinique est un critère d'inclusion, en rouge c'est un critère d'exclusion (les précisions concernant les critères de sélection si besoin sont indiquées entre crochet)

1er auteur, année, cadre		Données socio-démographiques		Dimensions cliniques évaluées			Comportements dangereux	
		N inclus, genre	Age m [critère d'inclusion]	TSPT	DESNOS TSPT-C	TPB	Troubles de l'attachement	Suicidaires
Korn, 2002	TSPT-C	2 F	31 ans et 39 ans	100% (TSI)	100% (SIDES)	100% (critères DSM-IV)		
Resick, 2003	TSPT-C	121 F	34,9 ans	100% (CAPS)			Exclus	
Rinne, 2003	TPB	30 F	32,29 ans	29,4% (CIDI)		100% (ADP-IV, SIDP-IV, BPDSI)		
Brown, 2006	TPB	1 F	43 ans			oui		
Dorrepaal, 2010	TSPT-C	36 F	34,1 ans	100% (SCID-I)	100% (SIDES)	44% (BPDSI)		
Steil, 2011	TSPT / abus	29 F	35,9 ans	100% (PDS) ⁶		24% (SCID-II)	62% au moins 1 TS, 38% 2 et plus	antécédent 62%, actuel 21%
Dorrepaal, 2012	TSPT-C	71 F	40,3 ans	100% (SCID-I)	100% (SIDES)	53% (SIDP-IV)		
Schuppert, 2012	TPB	109 96%F	15,98 ans (14 à 19 ans)			73% [2+ traits] ⁷		
Harned 2012	TPB	13 F	39,4 ans [18-60]	100% (PSS-I)		100% (IPDE)	Dans l'année 23,1% TS [suicidalité grave ou récente ⁸]	Dans l'année 92,3% [automutilation grave ou récente]

⁶ Critère d'inclusion : TSPT associée à une comorbidité parmi trouble dépressif, TCA, trouble d'usage (ou dépendance) de substance, TPB.

⁷ m traits=6,17

⁸ Critère d'inclusion : Comportements auto-agressifs (TS, IDS, automutilations) graves imminents ou récents c'est-à-dire TS ou automutilation grave de moins de 3 mois ou IDS actuelles modérées à sévères avec intention de passer à l'acte dans les 4 semaines

CATOIRE Pauline

Bohus, 2013	TSPT / abus	74 F	35,14 ans [17-65]	100% (critères DSM-IV) ⁹		44,6% (IPDE) ¹⁰		Automutilation dans les 18 semaines précédentes 70% [geste potentiellement létal <4 mois]	
Matulis, 2014	TSPT / abus	12 ?	18,08 ans [14-21]	100% (CAPS)		m=2,42 critères (SCID-II)		16,7% d'antécédent de TS [TS<6 mois]	25% actuels, 66,7% d'antécédents
Purvis, 2014	TTD	1 F	16 ans		Description clinique ¹¹				
Ashton, 2016	TTD	51 51%F	38% 5-7 ans ; 63% 8-12 ans	100% TSPT ou TTD			100% TRA ou TESD		
Chaperot, 2017	Trauma complexe	3 F	43,6 ans					multiples	100%
Hendriks, 2017	TSPT-C	10 80%F	15,9 ans [12-18]	100% (K-SAPS-PL-PTSD)				60% IDS [TS<8 semaines]	40%
Younan, 2018	TTD	32 78%F	41,3 ans	41,6% (CAPS)		66% (SCID-II)			
van Vliet, 2018	TSPT-C	Protocole	[18-65]	TSPT (CAPS-5)				[haut risque suicidaire (BDI-II)]	
Rosner, 2019	TSPT / abus	88 85%F	18,1 ans [14-21]	100% (SCID-I seuil plus bas ¹²)		16% (SCID-II)		m=1 antécédent de TS [suicidalité sévère actuelle ou < 6 mois]	[comportement à risque vital < 6 mois]
McCullough, 2019	TTD	54 53%F	9,47 ans						
Bohus, 2020	TSPT-C	193 F	36,3 ans [18-65]	100% (CAPS-5)		48,2% [3+ critères ¹³ (IPED)]		ATCD 1+ TS 57,5% [TS<2 mois]	

⁹ Inclus si TSPT associé à une comorbidité parmi TPB (4 critères sur cinq), trouble dépressif, TCA, trouble d'usage de substance.

¹⁰ m= 4,18 critères

¹¹ Description d'une possible dissociation, d'un sentiment d'isolement au travers des dessins et des observations des soignants.

¹² Seuil plus bas pour définir le TSPT (car population adolescente) : seulement 2 critères d'évitement requis au lieu de 3 (selon DSM-IV-TR)

¹³ Les trois critères doivent inclure l'instabilité des affects

CATOIRE Pauline

Tableau 3 Dimensions cliniques évaluées pour décrire la population, autres dimensions et principaux critères d'exclusion. En vert l'élément clinique est un critère d'inclusion, en rouge c'est un critère d'exclusion. Pour les échelles, se référer au paragraphe C.2. CI : contre-indication ; m : moyenne ; P1/P2 : patient ½ ; TDI : Trouble Dissociatif de l'identité ; TP : Trouble de personnalité

1er auteur, année, mot-clé		Dimensions cliniques évaluées					Nombre de comorbidités	
		Trouble dépressif	Addiction substance	TCA	Troubles psychotiques	Troubles bipolaires		Autres
Korn, 2002	TSPT-C	100% (DSM-IV)	P2 (anamnèse)	P1 hyperphagie (anamnèse)				
Resick, 2003	TSPT-C	m= 24,9 ¹⁴ (BDI)	[abstinence >6 mois]		[actuel]			
Rinne, 2003	TPB	35,3% (CIDI)	[abus ou dépendance actuels]		Exclus	[ATCD d'épisode maniaque]		
Brown, 2006	TPB	Oui						
Dorrepaal, 2010	TSPT-C	70% (BDI)	[abus de substance pouvant interférer avec le traitement]				[TDI (SCID-D), TP antisociale (SCID-II)]	Axe I m=3, axe II m=1,6
Steil, 2011	TSPT/abus	90% (SCID-I)	14% (SCID-I)	38% (SCID-I)	[ATCD de schizophrénie]		45% troubles de personnalité	Axe I et II m=3,8
Dorrepaal, 2012	TSPT-C	63% (SCID-I)	[abus de substance ou dépendance sévère]		[actuel]		[TDI (SCID-D), TP antisociale (SCID-II)]	Axe I m=2,6, axe II m=1,7
Schuppert, 2012	TPB		[dépendance]		Exclus		[troubles des conduites, QI<80]	
Harned 2012	TPB				Exclus	Exclus	[déficience intellectuelle]	Axe 1 m=4,6 ; axe 2 m=2,2
Bohus, 2013	TSPT/abus	79,7% (SCID-I)	trouble usage (SCID-I)	TCA (SCID-I)			[déficience intellectuelle (WAISC), CI à l'exposition]	Axe 1 m=3,01
			[dépendance]	[IMC<16,5]				

¹⁴ Score total BDI moyen

CATOIRE Pauline

1er auteur, année, mot-clé		Dimensions cliniques évaluées						Nombre de comorbidités
		Trouble dépressif	Addiction substance	TCA	Troubles psychotiques	Troubles bipolaires	Autres	
Matulis, 2014	TSPT / abus	75% (SCID-I)	[dépendance actuelle]	25% (SCID-I)	Exclus	Exclus	25% trouble somatoforme (SCID-I) [autisme, QI<75]	m=2,25 (92% 1 comorbidité au moins)
Purvis, 2014	TTD							
Ashton, 2016	TTD							
Chaperot, 2017	Trauma complexe	100%					100% surpoids	
Hendriks, 2017	TSPT-C	70%	10%	10%			[QI<80]	
Younan, 2018	TTD	69,40%			Exclus		[TDA/H non contrôlé, QI<80]	
van Vliet, 2018	TSPT-C		[abus ou dépendance (DSM-IV-TR)]				[déficience intellectuelle]	
Rosner, 2019	TSPT / abus	50% (SCID-I)	[dépendance actuelle ou abstinence < 6 mois]		Exclus	Exclus	[QI<75 ou TED]	1-2 47%, 3 et plus 33%
McCullough, 2019	TTD							
Bohus, 2020	TSPT-C		[dépendance actuelle]		Exclus	Exclus	[déficience intellectuelle ou CI à l'expo]	Axe 1 m=3,25 (SCID-I)

CATOIRE Pauline

Tableau 4 : Caractérisation des expositions traumatiques. En vert le type d'exposition est un critère d'inclusion. AEE : Abus émotionnel dans l'Enfance ; APE : Abus Physique dans l'Enfance ; ASE : Abus sexuel dans l'Enfance ; AVP : accident de la voie publique ; EVC : Exposition à la Violence Conjugale ; P1/2 Patient 1/2.

1er auteur, année, cadre	Moyen d'évaluation	Traumatismes interpersonnels						Autres éléments d'adversité
		ASE	APE	AEE	EVC	Autre	Co-occurrence	
Korn, 2002, TSPT-C	Anamnèse	P1	P2	P1 et P2	P2	expo à violence sur fratrie	oui	Négligence pour P1 et P2, addiction parent P2
	<i>caractéristiques</i>	<i>début 4 ans, multiple, durée 8 ans</i>		<i>début âge précoce, multiple</i>				
Resick, 2003, TSPT-C	STI Resick (dont SAEQ et AE-III-PP)	oui (41% de l'échantillon total)	m=4,7			viol ¹⁵ (m=2,81)		
Rinne, 2003, TPB	STI Draijer	56%						
Brown, 2006, TPB	Anamnèse	Oui	non	oui	oui	inceste		Rupture brutale avec la figure d'attachement, addiction parent
	<i>caractéristiques</i>	<i>Répété, début 8 ans, durée 2 ans, lien à l'agresseur, support social</i>				<i>fratrie</i>		
Dorrepaal, 2010, TSPT-C	STI Draijer	69% [ASE et/ou APE répété]	72%			abus à l'âge adulte : sexuels (61%), physiques (64%), les deux (50%)	44% APE+ASE	
	<i>caractéristiques</i>	<i>Début 7 ans, 70% répétés, durée m=7 ans, lien à l'agresseur, abus avec pénétration, nombre total d'agresseurs</i>		<i>Début 6 ans, 83% répétés, durée m=11 ans</i>				

¹⁵ L'étude de Resick reprend les données d'une étude incluant des patientes victimes de viol, nous avons retenu ici les données des patientes ayant également des antécédents de violence sexuelle dans l'enfance.

1er auteur, année, cadre	Moyen d'évaluation	Traumatismes interpersonnels						Autres éléments d'adversité
		ASE	APE	AEE	EVC	Autre	Co-occurrence	
Steil, 2011, TSPT/abus	Anamnèse	100%						
Dorrepaal, 2012, TSPT-C	STI Draijer	97% [ASE et/ou APE]	57%			abus à l'âge adulte : sexuels (58%), physiques (46%)		
Schuppert, 2012, TPB		55% ASE et/ou APE						
Harned 2012, TPB	TLEQ et CEQ (NB mesures que pour trauma index)	61,50% ¹⁶	7,70%		7,70%	15,4% viol à l'âge adulte	m=14 types de trauma	Suicide d'un parent (7.7%)
	<i>caractéristiques</i>	Début m=5.2 ans						
Bohus, 2013, TSPT/abus	anamnèse	100% [trauma index]						
	<i>caractéristiques</i>	Répété 86.2%, début m=7.6 ans, durée <5 ans dans 40% des cas, 5 ans et plus dans 46% des cas, lien à l'agresseur, abus avec pénétration						
Matulis, 2014, TSPT/abus	ITEC	75% [ASE et/ou APE]	75%		42%	17% témoin de violence sexuelle	ASE+APE 67%, m=1,47 autre expo	Négligence 33%, décès d'un proche 25%, AVP grave 50%
	<i>caractéristiques</i>	Début m=11,8 ans, Durée m=23.6 mois, abus avec pénétration	Début m=8.33 ans, Durée m=52.7 mois					

¹⁶ Ici les expositions n'étaient pas entièrement décrites, les pourcentages indiquent le nombre de patients ayant défini chaque type d'exposition comme le trauma index.

1er auteur, année, cadre	Moyen d'évaluation	Traumatismes interpersonnels						Autres éléments d'adversité
		ASE	APE	AEE	EVC	Autre	Co-occurrence	
Purvis, 2014, TTD	anamnèse	oui	Oui	oui				Négligence, abandons, instabilité de placement
<i>caractéristiques</i>		<i>Répété, début avant 12 ans</i>						
Ashton, 2016, TTD	anamnèse	<i>la plupart</i>						<i>La plupart</i>
Chaperot, 2017, trauma complexe	Anamnèse	100%		33%	33%			Addiction parent
<i>caractéristiques</i>		<i>Répété, début avant 12 ans, nombre d'agresseurs total</i>						
Hendriks, 2017, TSPT-C	Anamnèse	70% [ASE et/ou APE et/ou AEE répétés]	90%	100%				Négligence 80%
<i>caractéristiques</i>		<i>Répétés, 60% début < 12 ans</i>	<i>Répétés, 90% début avant 12 ans</i>	<i>Répétés</i>				
Younan, 2018, TTD	CTES	69,40%	91,60%	66,70%				
van Vliet, 2018, TSPT-C	LEC-5	[ASE et/ou APE, répétés, par un proche]						
Rosner, 2019, TSPT/abus	Anamnèse	100% [ASE et/ou APE]						
McCullough, 2019, TTD	Anamnèse	70%	36,70%	53,30%	73,30%			Négligence émotionnelle 96,7% ; physique 80% ; addiction parent 90%
Bohus, 2020, TSPT-C	Anamnèse	<i>Trauma index : ASE ou ASE + APE 74,6% ; APE 25,4%</i>						oui
<i>caractéristiques</i>		<i>90,6% répétés, début m=7,69 ans, durée m=6,9 ans, lien à l'agresseur</i>						

CATOIRE Pauline

Tableau 5 : Issues cliniques évaluées. Quand ceux-ci étaient décrits les objectifs principaux (O1) et secondaires (O2) sont indiqués en orange et les facteurs de modulation en mauve. Les dimensions en gras appartiennent aux objectifs évalués, elles sont indiquées en italique si la dimension clinique est évaluée par une échelle dont seul le score total est retenu.

1 ^{er} auteur, année, cadre	Dimensions évaluées et moyens d'évaluation							
	Critères de jugement	Symptômes TSPT	Dysrégulation émotionnelle et comportementale	Perturbations attention et conscience	Cognitions négatives soi / le monde	Symptômes dépressifs	Relations interpersonnelles (hors dysrégulation)	Autre
Korn, 2002, TSPT-C	TSI total, SCL-90-R (total et sous-échelles), cible patients	<i>sévérité (TSI)</i>	<i>Colère/irritabilité, comportements de réduction de tension (TSI)</i>	<i>Dissociation (TSI)</i>	<i>Cognitions négatives sur soi (TSI)</i>	Intensité (SCL90-R) et TSI		Sévérité générale, anxiété, somatisation (SCL-90-R), mises en danger sexuelles (TSI)
Resick, 2003, TSPT-C	CAPS, BDI, TSI total, 3 facteurs et sous-échelles	sévérité et présence (CAPS), facteur trauma (TSI) ¹⁷	Facteur dysphorie ¹⁸ et self (TSI)	Dissociation (TSI)	Cognitions négatives sur soi (TSI)	Intensité (BDI, TSI)		<i>Mises en danger sexuelles</i> (TSI)
Rinne, 2003, TPB	O1 : Réponse ACTH et cortisol à un test DEX/CRH ¹⁹	présence (CIDI)				présence d'un diagnostic de trouble dépressif (CIDI)		Réactivité axe HHS (cortisol, ACTH)
Brown, 2006, TPB	Sous-échelles IASC		Dysrégulation (IASC)				conflits interpersonnels, idéalisation/désillusion, vulnérabilité à l'influence, inquiétudes quant à l'abandon (IASC)	Déficit de l'identité (IASC), <i>conduites auto-agressives</i> (activités de réduction de tension, IASC).

¹⁷ Le facteur trauma de la TSI comprend les échelles d'expériences intrusives, d'évitement défensif, de dissociation, d'altération de l'auto-référence.

¹⁸ Le facteur dysphorie comprend les échelles de dépression, de colère/irritabilité et d'éveil anxieux de la TSI, le facteur self celles d'inquiétudes sexuelles, de comportements sexuels dysfonctionnels, de comportements de réduction de tension

¹⁹ Dexaméthasone/Cortisol Releasing Hormone

1 ^{er} auteur, année, cadre	Dimensions évaluées et moyens d'évaluation							
	Résumé critères de jugement	Symptômes TSPT	Dysrégulation émotionnelle et comportementale	Perturbations attention et conscience	Cognitions négatives soi / le monde	Symptômes dépressifs	Relations interpersonnelles (hors dysrégulation)	Autre
Dorrepaal, 2010, TSPT-C	Scores totaux DTS, BPDSI, DES, SCL-90-R, BDI	présence et sévérité (DTS)	<i>Instabilité émotionnelle, impulsivité, colères (BPDSI)</i>	<i>Symptômes psychotiques et dissociatifs liés au stress (BPDSI), symptômes dissociatifs (DES)</i>		sévérité (BDI)	<i>efforts contre l'abandon, instabilité des relations (BPDSI)</i>	<i>Perturbation de l'identité, conduites suicidaires et auto-agressives (BPDSI), sévérité générale (SCL-90-R)</i>
Steil, 2011, TSPT/abus	O1 : PDS O2 : Scores totaux BDI, STAI et index global de la SCL-90-R	sévérité (PDS)				sévérité (BDI)		Comportements dangereux et suicidalité (évaluation clinique), trai ta anxiété (STAI), sévérité générale (SCL-90-R)
Dorrepaal, 2012, TSPT-C	O1 : DTS et SIDES total M : influence d'un diagnostic de TPB sur attrition, asso sévérité dissociation et évolution	sévérité (DTS)	<i>régulation affective (SIDES)</i>	<i>mémoire et attention (SIDES)</i>	<i>Perception de soi, perception de l'agresseur et système du sens (SIDES)</i>		<i>Relations interpersonnels (SIDES)</i>	<i>Somatisation (SIDES)</i>
			<i>Instabilité émotionnelle, impulsivité, colères (BPDSI)</i>	<i>Dissociation (DES), symptômes psychotiques ou dissociatifs liés au stress (BPDSI)</i>			<i>Instabilité des relations interpersonnelles, peur de l'anbandon (BPDSI)</i>	<i>Perturbation de l'identité (BPDSI)</i>

1 ^{er} auteur, année, cadre	Dimensions évaluées et moyens d'évaluation							
	Résumé critères de jugement	Symptômes TSPT	Dysrégulation émotionnelle et comportementale	Perturbations attention et conscience	Cognitions négatives soi / le monde	Symptômes dépressifs	Relations interpersonnelles (hors dysrégulation)	Sens de soi
Schuppert, 2012, TPB	O1 : BPDSI total et sous-échelle instabilité affective O2 : scores totaux SCL-90-R, YQOL, sous-échelle dysrégulation émotionnelle de la LPI M : scores CDI et SNAP-IV		Instabilité affective, Impulsivité, colères (BPDSI), dysrégulation émotionnelle (LPI)	<i>Symptômes psychotiques et dissociatifs liés au stress (BPDSI)</i>		sévérité (CDI)	<i>efforts contre l'abandon, instabilité des relations (BPDSI)</i>	<i>Perturbation de l'identité (BPDSI), sévérité générale (SCL-90-R), qualité de vie (YQOL)</i> <i>Intensité symptômes TDAH/TOP (SNAP-IV)</i>
Harned 2012, TPB	O1 : total PSS-I, SASII et SBQ O2 : score total DES, TRGI, ESS, Hamilton D, Hamilton A, ajustement social	sévérité (PSS-I)		Dissociation (DES)	Culpabilité (TRGI) et honte (ESS)	sévérité (Hamilton D)	Ajustement social global (clinicien)	Fréquence TS et auto-mutilations (SASII) et idées suicidaires (SBQ)
Bohus, 2013, TSPT/abus	O1 : score CAPS et PDS O2 : score BSL-23, DES, BDI-II, GAF, SCL-90-R	sévérité (CAPS, PDS)	<i>dysrégulation (BSL-23)</i>	Dissociation (DES)	<i>cognitions négatives sur soi (BSL-23)</i>	Symptômes dépressifs (BDI-II)	<i>Manque de confiance, sensibilité (BSL-23)</i>	Sévérité générale (SCL-90-R), fonctionnement global (GAF)
Matulis, 2014, TSPT/abus	O1 : score CAPS et UCLA-PTSD O2 : CIDI, A-DES, BSL-23 (pour évaluer dysrégulation)	sévérité et présence (CAPS et UCLA-PTSD)	dysrégulation émotionnelle (score total BSL-23)	Dissociation (A-DES)		sévérité (CDI)		

1 ^{er} auteur, année, cadre	Dimensions évaluées et moyens d'évaluation							
	Résumé critères de jugement	Symptômes TSPT	Dysrégulation émotionnelle et comportementale	Perturbations attention et conscience	Cognitions négatives soi / le monde	Symptômes dépressifs	Relations interpersonnelles (hors dysrégulation)	Autre
Purvis, 2014, TTD	Evaluation clinique du fonctionnement et évolution du recours à la contention et l'isolement		<i>Indirectement</i>					Fréquence de recours à la contention et l'isolement
Ashton, 2016, TTD	O1 : sous-échelle attachement du PRQ O2 : autres sous-échelles PRQ, score total PROPS, PRFQ-1	Sévérité (PROPS)					Attachement (PRQ)	Fonction réflexive parentale (PRFQ)
Chaperot, 2017, trauma complexe	<i>Description clinique et grille de cotation inspirée des critères d'Herman</i>	<i>Reviviscences (évaluation clinique)</i>	Régulation affects (grille d'Herman)	Altération de la conscience (grille d'Herman)	Altération de la perception de soi et de l'auteur de l'agression (grille d'Herman)		Altérations dans les relations avec les autres (grilles d'Herman)	<i>Comportements suicidaires, fluidité du discours et fluence des associations (évaluation clinique)</i>
Hendriks, 2017, TSPT-C	O1 : Score total UCLA-PTSD et K-SADS-PL O2 : scores totaux BDI, SCARED, sous-échelle paranoïde/dissociation de la BPD-47	Présence et sévérité (UCLA-PTSD et K-SADS-PL)		Symptômes dissociatifs (sous-échelle paranoïde / dissociation de la BPD-47)			Intensité (BDI-II)	Anxiété (SCARED)

1 ^{er} auteur, année, cadre	Dimensions évaluées et moyens d'évaluation							
	Résumé critères de jugement	Symptômes TSPT	Dysrégulation émotionnelle et comportementale	Perturbations attention et conscience	Cognitions négatives soi / le monde	Symptômes dépressifs	Relations interpersonnelles (hors dysrégulation)	Autre
Younan, 2018, TTD	Evaluation qualitative, WHO-QOL, RSES, score total BSI				Estime de soi (RSES)	<i>Intensité</i> (BSI)	<i>Sensitivité</i> (BSI)	<i>Somatisation, symptômes obsessionnels/compulsifs, anxiété, phobie et sévérité générale (BSI), qualité de vie (WHO-QOL),</i>
van Vliet, 2018, TSPT-C	O1 : PSS-SR O2 : CAPS, SIDES, PTCI, DES-II, IIP, DERS, BSI, EQ5D	sévérité (PSS-SR) et présence (CAPS-5)	<i>Dysrégulation émotions et impulsions</i> (SIDES) et dysrégulation émotionnelle (DERS)	<i>Perturbation de la perception et de la conscience</i> (SIDES), dissociation (DES-II)	<i>Cognitions négatives sur soi et sur le monde</i> (SIDES) pensées et croyances sur le traumatisme (PTCI)		Difficultés interpersonnelles (SIDES et IIP)	<i>Somatisation</i> (SIDES), sévérité générale (BSI), qualité de vie liée à la santé (EQ5D)
Rosner, 2019, TSPT/abus	O1 : CAPS-CA O2 : Score totaux UCLA-PTSD, BDI-II, BSL-23, YSR, A-DES	Sévérité (CAPS-CA et UCLA-PTSD)	<i>dysrégulation</i> (BSL-23)	Dissociation (A-DES)	<i>cognitions négatives sur soi</i> (BSL-23)	Intensité (BDI-II)	<i>Manque de confiance, sensibilité</i> (BSL-23)	Sévérité générale (YSR)
McCullough, 2019, TTD	Scores CBCL, BRIEF, ACC/ACA (score total ²⁰ , estime de soi,		comportements externalisés (CBCL), régulation comportementale (BRIEF)		score composite estime de soi et image de		Relations avec les parents, la fratrie et les pairs (entretien clinique structuré)	Sévérité générale (CBCL), fonctions exécutives et métacognition (BIREF)

²⁰ Sur les items partagés, voir paragraphe C.4.2.

CATOIRE Pauline

	image de soi négative)				soi négative (ACC/ACA)		<i>Comportements interpersonnels non réciproques (ACC/ACA)</i>	
Bohus, 2020, TSPT-C	O1 : score CAPS-5 à 15 mois O2 : BSL-23 (items comportementaux et total), BDI-II, Dissociation Tension Scale	Sévérité (CAPS-5)	Dysrégulation (items comportementaux BSL-23)	Durée et intensité dissociation (Dissociation Tension Scale)	<i>Cognitions négatives sur soi (BSL-23)</i>	Intensité (BDI-II)	<i>Manque de confiance, sensibilité (BSL-23)</i>	Fonctionnement global (GAF)

AUTEUR : Nom : CATOIRE

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 23 octobre 2020

Titre de la thèse : Quel cadre nosographique pour les traumatismes interpersonnels répétés dans l'enfance ? Une revue de littérature

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie, Pédopsychiatrie

Mots-clés : Trouble de stress post-traumatique complexe ; Trouble de personnalité borderline ; Traumatisme Développemental ; Psychotraumatisme complexe

Résumé : Le psychotraumatisme complexe, caractérisé par l'exposition à des traumatismes répétés ou durables, à caractère interpersonnel et généralement dans l'enfance, est une entité fréquente en clinique et dont les conséquences sont envahissantes. Ces expositions entraînent des altérations durables tant sur le plan neurobiologique que sur celui de l'attachement. Leurs conséquences se traduisent en clinique par des difficultés de régulation émotionnelle et comportementale, une perception négative de soi et des difficultés interpersonnelles. Plusieurs cadres nosographiques tentent de les circonscrire. Dans ce travail nous avons retenu les trois cadres les plus étudiés que sont le trouble de stress post-traumatique complexe, le traumatisme développemental et le trouble de personnalité borderline. En s'appuyant sur trois vignettes cliniques nous avons décrit dans un premier temps la clinique et les modèles conceptualisant le psychotraumatisme complexe. Nous avons ensuite réalisé une revue systématique des études évaluant une intervention thérapeutique dans ces trois cadres. Nous avons inclus 23 études, dont 20 essais cliniques. La littérature était hétérogène tant au plan de l'application du cadre diagnostique, que de l'exposition envisagée et de la population étudiée. Nous avons mis en lumière que ces diagnostics semblent s'adresser à une population partageant de nombreuses caractéristiques et proposer des principes thérapeutiques proches. Ils conservent néanmoins des spécificités cliniques et il semble nécessaire de poursuivre la recherche d'un cadre diagnostic mieux partagé. Pour l'enfant, le cadre du traumatisme développemental est celui qui prend le mieux en compte les capacités et les besoins spécifiques de la population pédiatrique. Ces trois approches nous permettent de proposer un cadre intégré pour le psychotraumatisme complexe qui postule que l'exposition traumatique répétée est responsable de fragilités et de comportements adaptatifs qui se prennent eux-mêmes un caractère dysfonctionnel. Nous pointons également l'importance d'une prise en charge associant développement de compétences, réduction de la souffrance et soutien à l'élaboration de son histoire de vie. Chez l'enfant nous mettons l'accent sur l'importance d'une prise en charge articulée et s'adressant à l'ensemble des personnes ressources de la vie de l'enfant.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs : Monsieur le Professeur François MEDJKANE, Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Nicolas GAUD – LE PIERRES