

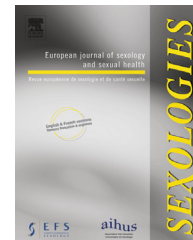


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques



Discussion on complex traumatism: Emergence of the concept, etiology and diagnostic criteria

C. Tarquinio, W.A. Houllé*, P. Tarquinio

Équipe de psychologie de la santé (EPSaM), centre Pierre-Janet, unité de recherche APEMAC (Approches Psychologiques et Épidémiologiques des MALadies Chroniques), université de Lorraine, 57000 Metz, France

Disponible sur Internet le 20 avril 2016

MOTS CLÉS

Trauma complexe ;
TSPT complexe ;
Abus sexuel ;
Violence physique ;
Enfance ;
Victimologie

Résumé

Objectifs. – Les visées de cet article sont d’engager une réflexion théorique et clinique sur la notion de trauma complexe tel qu’elle est considérée actuellement dans la littérature, de mettre en exergue les facteurs singuliers à l’origine de son émergence chez les individus et de susciter une réflexion clinique sur la symptomatologie de ce trouble psychique.

Méthode. – Les critères diagnostiques du trauma complexe ont été analysés et discutés au travers de la comparaison rigoureuse des deux tableaux cliniques considérés comme des références dans le domaine du trauma complexe, à savoir les tableaux de Herman (1992) et de Roth et al. (1997), complétée par de nombreuses recherches issues du champ de la traumatologie.

Résultats. – Les facteurs favorisant une plus grande probabilité de développer un trouble de stress post-traumatique complexe sont la répétition d’une expérience vécue comme traumatique durant la période de l’enfance, essentiellement des violences physiques et/ou sexuelles. Les deux modèles présentés sont parfaitement complémentaires et rendent compte de la complexité des situations cliniques sous-jacentes. Quant aux symptômes de honte, de culpabilité, d’auto- et d’hétéro-agressivité, ils répondent au besoin du sujet d’externaliser une souffrance interne profonde et de reprendre activement le contrôle d’une réalité qui s’est imposée à lui.

* Auteur correspondant. Équipe EPSaM, CS 60228, centre Pierre-Janet, UFR sciences humaines et sociales, université de Lorraine, île du Saulcy, 57000 Metz, France.

Adresse e-mail : william-houlle@live.fr (W.A. Houllé).

KEYWORDS

Complex trauma;
Complex PTSD;
Sexual violence;
Physical violence;
Childhood;
Victimology

Discussion. – Les résultats des études présentées ont souligné la diversité et la gravité des conséquences psychiques inhérentes au trauma complexe, ainsi que le caractère défensif et adaptatif des sentiments éprouvés et des comportements mis en place à l'adolescence et à l'âge adulte par les victimes de traumatismes durant l'enfance.

Conclusions. – Il convient d'approfondir la question de l'évaluation du trauma complexe, d'appréhender la relation entre le trauma complexe et le trouble de la personnalité borderline, ou encore la relation entre trauma complexe et les théories de l'attachement pour continuer à améliorer la prise en charge psychothérapeutique de ce trouble psychiatrique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – The aims of this article are to engage a theoretical and clinical reflection on the concept of complex trauma as it is referred in the literature usually. We will evoke the theoretical roots of complex trauma and the specific factors at the origin of its appearance. A clinical discussion will be proposed about the symptomatology of this psychological disorder.

Method. – The diagnosis' symptomatic expressions were analysed and discussed through the rigorous comparison of the models of Herman (1992) and Roth et al. (1997) completed by many results of studies led in the field of traumatology.

Results. – Factors favouring a greater probability to develop a complex post-traumatic stress disorder are the real-life experience (perceived traumatic intensity of the event) and the repetition of traumatic experiences during the childhood, essentially physical and/or sexual violence. Both models presented show themselves perfectly complementary and report the complexity of the clinical situation in a relevant way. Clinical importance of some symptoms which when associated can turn out to be good indicators of the presence of complex PTSD: shame-guilt, anger and aggressiveness (against oneself or the others) answers the needs of the subject to reduce an emotional distress by controlling its anxiety, the externalization of an internal suffering or the desire of the individual to actively control a reality that got established to him and which he underwent passively.

Discussion. – Results of studies presented in the article highlight the diversity and seriousness of the complex trauma psychological consequences, and the defensive character of these emotions and behaviours used by victims of childhood traumas.

Conclusions. – This article opens new avenues of research relative to complex trauma. So could be deepened the evaluation of these disorders, a reflection on the relationship between the complex PTSD and the borderline personality disorder, or the relationship between attachment's theories and the complex trauma, with the prospect of an improvement of the psychotherapeutic care.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le traumatisme complexe reste un objet conceptuel et clinique riche dont les critères diagnostiques témoignent à la fois de la diversité et de la gravité des troubles qui en résultent. Ces signes cliniques, lorsqu'ils sont associés entre eux, peuvent s'avérer spécifiques au trauma complexe et se révéler être par conséquent autant d'indices pour une prise en charge adaptée de la personne, d'où l'importance de la sensibilisation des professionnels de la santé à la prise en compte de ce trouble psychique. En effet, les modalités de prise en charge psychothérapeutique d'un trauma unique peuvent différer de celles d'un trauma complexe.

L'objectif principal de cet article est de proposer une ouverture clinique sur la notion de trauma complexe. Après avoir recontextualisé l'émergence du concept ce concept, également appelé trouble stress post-traumatique complexe (TSPT-C), nous nous intéresserons à son étiologie et nous envisagerons les aspects symptomatiques du diagnostic en comparant et en discutant les modèles de [Herman \(1992b\)](#) et de [Roth et al., 1997](#). Enfin, nous nous arrêterons sur certains critères diagnostiques spécifiques, à savoir les

comportements d'automutilation, de colère, d'agressivité ainsi que les sentiments de honte et de culpabilité, qui peuvent être considérés comme des éléments caractéristiques du trauma complexe, lorsqu'ils sont associés à d'autres troubles présents dans le tableau clinique.

Emergence du concept de trauma complexe

La définition du concept de trauma complexe est relativement récente. C'est entre 1990 et 1992 que des chercheurs et des experts du psychotrauma ont été sollicités afin de redéfinir les contours des critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique, et ainsi regrouper les symptômes liés au trauma que l'ESPT ne semblait pas bien circonscrire. L'entité nosographique de *Disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) est alors créée, et reste avec ses six catégories de symptômes (altération dans la régulation des affects et des impulsions, altération de l'attention et de la conscience, altération dans la

perception de soi, altération dans les relations avec les autres, somatisation et perturbation dans le système de valeurs et croyances), le diagnostic le plus approprié pour la description du trauma complexe. L'idée de trauma complexe a été introduite par Herman en 1992 dans son livre *Trauma and recovery* (Herman, 1992a). Elle considère cette entité clinique comme la résultante d'une situation de victimisation chronique et prolongée, individuelle ou en groupe, vécue de façon particulièrement intense par la personne, qu'elle distingue de l'état de stress post-traumatique, par le caractère répétitif de la situation traumatique. Le trouble stress post-traumatique (TSPT) (DSM 5, [American Psychiatric Association, 2016](#)) vient remplacer l'état de stress post-traumatique (ESPT) de la 4^e version du DSM. Les symptômes d'un trauma complexe sont alors décrits comme plus durables, plus variés et moins prototypiques que ceux d'un trauma simple (Herman, 1992b). Selon Herman (1992b), le processus de traumatisme complexe n'est possible que si la victime est en état de captivité ou dans l'incapacité de fuir, la projetant par exemple dans une situation de contact prolongé avec un agresseur, ce qui implique l'établissement d'une relation particulière entre la victime et l'auteur des violences. Il est en effet des contextes de vie, des familles, des groupes religieux, des situations de détention voire des situations de travail susceptibles d'enfermer les personnes dans des systèmes de contrainte aliénantes, empêchant certaines personnes de fuir et de se soustraire au contrôle d'un agresseur ou d'événements récurrents toxiques sur le plan psychique, qui peuvent s'apparenter à l'idée de captivité, au sens large du terme. Ce contexte de répétition d'un processus traumatique qui s'impose à la victime sans que celle-ci ne puisse agir, l'éviter ou s'y soustraire, diffère alors grandement de la notion de traumatisme simple qui sera provoqué par un événement ponctuel, plus facilement identifiable et dont la circonscription est plus aisée. Terr (1991) proposa le terme de « traumatisme de type II » qui concerne selon elle un événement qui s'est répété, présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une période de temps donnée. L'idée de traumatisme complexe se confond alors avec celle de traumatisme de type II, même si Terr (1991) insiste plus sur le risque d'apparition de l'épisode traumatique, qui peut mettre les victimes en situation tension permanente et de vulnérabilité du fait de l'absence de contrôle totale qu'impose ce genre de situation. La condition d'apparition de symptômes de trauma complexe ne résulte donc plus seulement de la seule répétition effective de l'événement traumatique. Un autre facteur complète l'étiologie de l'installation des troubles de traumatisme complexe : une victimisation prolongée et répétée durant l'enfance et/ou l'adolescence. C'est ce qu'illustrera le point suivant.

Déterminants principaux dans la survenue du trauma complexe : stade de développement de l'individu et répétition des épisodes traumatiques

S'il est bien une caractéristique du trouble de stress post-traumatique complexe, c'est celle de la répétition des épisodes traumatiques durant l'enfance (Taylor et al., 2005; Cloitre et al., 2010) et la durée de ce temps

traumatique. Taylor et al. (2005) ont montré qu'un traumatisme est d'autant plus déstructurant qu'il survient précocement dans la vie. Dans leur étude, le nombre d'individus victimes de traumatismes précoces avant l'âge de 14 ans qui ont développé des symptômes caractéristiques du trouble stress post-traumatique complexe est significativement plus élevé (61%) que le nombre de victimes de traumatismes psychiques présentant des troubles de trauma simple (16%). L'écart entre le nombre de personnes présentant un trauma complexe ou un trauma simple est bien plus faible lorsqu'il s'agit de traumatismes inscrits chez des personnes de plus de 14 ans : 33% d'entre eux présentent un état de stress post-traumatique complexe alors que 26% des participants ont développé un état de stress post-traumatique. Le lien entre violences physiques et/ou sexuelles dans l'enfance et les symptômes de trauma complexe a également été souligné au travers de la recherche de (Cloitre et al., 2010). Les styles d'attachement insécure ou désorganisé sont alors caractéristiques chez des adultes ayant été confronté à des situations éprouvantes dans leur enfance (Neufeld Bailey et al., 2007). La période de temps durant laquelle les sujets ont été exposés aux processus traumatiques semble également jouer un rôle dans l'apparition des symptômes. Une plus grande fréquence des épisodes traumatiques, et donc une plus longue exposition à des expériences perçues comme telles semble rendre plus vulnérable encore les sujets à l'apparition de symptômes propres à ce trouble psychique (Taylor et al., 2005). La répétition du processus traumatique est par conséquent une condition majeure, mais pas toujours nécessaire, à l'apparition d'un traumatisme complexe, en particulier lorsque la période d'exposition s'est située durant l'enfance (Cloitre et al., 2010; Neufeld Bailey et al., 2007). C'est ce qui a amené Van der Kolk (2005) à créer une nouvelle entité spécifique aux conséquences physiques et psychologiques de traumatismes cumulés durant l'enfance, le *Developmental Trauma Disorder* (traumatisme développemental), avec l'intention initiale affichée par de nombreux chercheurs de voir cette nouvelle classification incluse dans le DSM 5 (Schmid et al., 2013; Sar, 2011), attente qui n'aboutira finalement pas positivement. Pour nombre d'auteurs, cette nouvelle classification devrait à long terme se substituer à la notion de trauma complexe avec qui elle partage de nombreux signes cliniques (Van der Kolk, 2005). Elle met l'accent sur les perturbations développementales comme facteur prédisposant à l'émergence du trouble, et replace l'attachement au centre des considérations théoriques prégnantes dans le développement des symptômes, le symbole de l'attachement ayant été brisé lors de la survenue des violences dont l'enfant aura été victime (Williams, 2006). La création d'un tableau clinique spécifique du traumatisme développemental répond avant tout à deux attentes fondamentales pour certains chercheurs :

- se distinguer plus fortement du tableau clinique du TSPT, ce qui était reproché au TSPT-C ;
- replacer au centre de l'étiologie de ce trouble l'âge et le stade de développement de l'enfant au moment de la survenue du traumatisme, pour éviter ainsi de trop élargir le spectre des situations pouvant potentiellement engendrer ce type de trauma (Sar, 2011).

Certains chercheurs considèrent en effet que les victimes de traumatismes répétés à l'âge adulte, des militaires par exemple, peuvent également présenter les symptômes d'un trauma complexe (Landes et al., 2013).

À présent nous allons revenir sur l'ensemble des critères diagnostiques qui définissent actuellement les troubles psychotraumatiques complexes et entreprendre une discussion relative aux troubles et symptômes issus des tableaux cliniques les plus usités à ce jour.

Discussion autour des critères diagnostiques du traumatisme complexe à partir de deux tableaux cliniques : Herman (1992b) et Roth et al. (1997)

Les critères diagnostiques du trauma complexe s'articulent autour de sept à huit dimensions principales. Les tableaux cliniques parmi les plus diffusés sont ceux d'Herman (1992b) et de Roth et al. (1997) (voir Tableau 1). Complémentaires, ils permettent de circonscrire l'ensemble du champ sémiologique du trauma complexe. La comparaison des deux ensembles cliniques montre que bien qu'homogènes, ces deux approches se distinguent sur certains aspects qu'il convient de préciser.

Ainsi, Roth et al. (1997) ont complété la première dimension relative à la régulation des affects par un symptôme qui concerne la prise de risque excessive. Les conduites à risque désignent un répertoire de comportements qui ont pour dénominateur commun la mise en danger plus ou moins volontaire de soi, et se définissent comme un engagement délibéré et répétitif dans des situations ou comportements dangereux induisant un plaisir voir un état d'euphorie. Elles sont un moyen de soulager une souffrance psychique, de se sentir exister et/ou de faire passer un message. On peut citer par exemple la consommation de substances psychoactives, les fugues, les violences, l'anorexie, la boulimie, les scarifications, les pratique des sports extrêmes, les rapports sexuels non protégés ou encore les conduites suicidaires. En ce qui concerne le lien existant entre trauma complexe et risque suicidaire (présent dans les deux tableaux cliniques), il pourra être appréhendé au travers de recherches centrées sur les conséquences psychologiques d'abus sexuels et de violences physiques et émotionnelles (notamment verbales) durant l'enfance (Steele et al., 2005 ; Van der Hart et al., 2005). Pour rappel, les facteurs favorisant l'émergence de l'état de stress post-traumatique complexe (ESPT-C) sont la répétition d'une expérience vécue comme déstructurante pour le sujet, dont la survenue s'est effectuée durant l'enfance. Aussi, Harford et al. (2014) ou encore Joiner et al., (2007) ont mis en évidence que chaque type de violence appréhendé dans ces études (sexuelle, physique, verbale) tend à augmenter de manière significative le risque de passage à l'acte hétéro-agressif et auto-agressif (tentative de suicide) à l'âge adulte, avec une prévalence plus importante pour les violences sexuelles et physiques. L'expérience clinique montre que l'ensemble des patients ayant développé un trauma complexe doivent en la matière être considérés comme à haut risque. Notons que si le risque de suicide est d'autant plus élevé que le tableau clinique est complet, plus un individu aura une histoire de tentatives de

suicides antérieures importantes, plus le risque suicidaire sera massif.

En ce qui concerne la dimension relative à l'altération de la conscience, les propositions de Roth et al. sont plus réduites que celles d'Herman, se limitant à la présence d'un symptôme amnésique et à des épisodes transitoires dissociatifs et de dépersonnalisation. Herman (1992b) spécifie notamment la distinction entre déréalisation et dépersonnalisation qui relèvent dans les faits de deux processus psychiques distincts, en ceci qu'ils ne portent pas sur les mêmes objets. Rappelons que la déréalisation est une altération de la perception ou de l'expérience du monde extérieur qui apparaît étrange ou irréel, alors que la dépersonnalisation est le sentiment d'irréalité ou d'étrangeté par rapport à soi-même, à son propre corps. Plus largement, la dépersonnalisation est un sentiment de perte de sens de la réalité, dans lequel un individu ne possède aucun contrôle de la situation. Les patients sentent qu'ils ont changé, et leur perception de la réalité est devenue vague, floue. Les individus disent alors vivre « comme dans un rêve ».

On peut également s'interroger sur la non-prise en compte par Roth et al. (1997) du symptôme de reviviscence qui peut se manifester par le biais d'idées intrusives comparables à ce qui se passe avec le symptôme B du TSPT ou de rumination concernant les épisodes traumatiques. Sans doute s'agit-il d'une volonté de ne pas superposer les deux diagnostics de trauma simple et de trauma complexe, ce qui est en soi une bonne initiative. En même temps, ces pensées ou idées intrusives sont le prototype même des manifestations dissociatives et, en soit, elles auraient toute leur place dans un tel tableau clinique. On notera aussi que les troubles de la dissociation sont un aspect essentiel du trauma complexe, tant dans son étiologie, son organisation, son maintien et son traitement (Dorahy et al., 2013 ; Steele et al., 2005 ; Van der Hart et al., 2005). À ce titre, Zucker et al. (2006) ont démontré que les scores de dissociation étaient significativement plus élevés auprès de personnes présentant un ESPT complexe qu'auprès de celles ayant développé un ESPT simple.

La dimension relative à l'altération de l'auto-perception de soi se recoupe assez bien dans les deux tableaux, même si la déclinaison des items est plus « resserrée » chez Herman (1992b). On peut le regretter d'ailleurs, car la clinique montre que la honte, la culpabilité et le blâme de soi (synthétisée dans l'item B), ne renvoient pas à la même réalité psychique, ne peuvent être confondus, et ne peuvent être rencontrés de façon indépendante l'un de l'autre (Herman, 1992b). La minimisation de Roth et al. (1997) qui consiste à relativiser ce qui est arrivé est une caractéristique importante du trauma complexe, qui va parfois conduire les victimes à une banalisation pure et simple de ce qui leur est arrivé. Un tel aspect du diagnostic, n'apparaît en revanche pas chez Herman (1992b), alors même qu'une telle posture de la victime vis-à-vis de son vécu, mériterait d'être repérée, discutée et signalée.

L'altération dans la perception de l'auteur de l'agression se retrouve bien entendu chez les deux auteurs. Néanmoins, il est important de noter que cette dimension bien qu'importante n'est pas requise pour poser le diagnostic, tout simplement parce qu'il existe des situations où il n'y a pas un seul auteur (mais plusieurs), voire des situations où la cause de la situation traumatique peut être due à une

Tableau 1 Tableaux cliniques du traumatisme complexe selon Herman (1992) et Roth et al. (1997).

Approche de Herman (1992)	Approche de Roth et al. (1997)
<i>Altération dans la régulation des affects</i>	<i>Altérations dans la régulation des affects et impulsions</i>
Dysphorie persistante	Régulation des affects
Préoccupation suicidaire chronique	Modulation de la colère
Autodestruction	Autodestruction
Colère explosive ou extrêmement inhibée (peut alterner)	Préoccupation suicidaire
Sexualité compulsive ou extrêmement inhibée (peut alterner)	Difficulté dans la modulation sexuelle
<i>Altération de la conscience</i>	Prise de risque excessive
Amnésie ou hypermnésie pour les événements traumatiques	<i>Altérations dans l'attention ou la conscience</i>
Épisodes transitoires dissociatifs	Amnésie
Dépersonnalisation/déréalisation	Épisodes transitoires dissociatifs et dépersonnalisation
Reviviscence des expériences (sous forme d'idées intrusives ou de ruminations)	<i>Altérations de l'auto-perception</i>
<i>Altérations de l'auto-perception</i>	Inefficacité
Sensation d'impuissance ou paralysie de l'initiative	Dommage permanent
Honte, culpabilité et blâme de soi	Culpabilité et responsabilité
Sensation de différence complète par rapport aux autres (peut contenir la sensation d'être particulier ou d'être seul, la conviction que personne ne peut le comprendre voire la conviction d'avoir une identité non humaine)	Honte
<i>Altération dans la perception de l'auteur de l'agression</i>	Personne ne peut comprendre
Préoccupation dans les relations avec l'auteur de l'agression	Minimisation (prétendre que tout va bien)
Attribution peu réaliste du pouvoir total de l'auteur de l'agression	<i>Altérations dans la perception de l'auteur de l'agression (non requis)</i>
Idéalisation ou gratitude paradoxale	Adoption de croyances déformées
Sensation d'une relation spéciale ou surnaturelle	Idéalisation de l'auteur de l'agression
Acceptation du système de croyances ou rationalisation de l'auteur de l'agression	<i>Altération dans les relations avec les autres</i>
<i>Altération dans les relations avec les autres</i>	Incapacité de faire confiance
Isolement et repli	Revictimisation
Perturbation dans les relations intimes	Victimisation des autres
Recherches répétées d'un sauveur (pouvant alterner avec l'isolement et le repli)	<i>Somatisation</i>
Perturbation persistante	Système digestif
Défaillance répétée ou autoprotection	Douleur chronique
<i>Altération dans le système des sens</i>	Symptôme cardio-pulmonaire
Perte de confiance	Symptôme de conversion
Sensation d'impuissance ou de désespoir	Symptômes sexuels
	<i>Altérations dans le système des sens</i>
	Désespoir et impuissance
	Perte des croyances antérieures

catastrophe naturelle ou industrielle, ce qui n'implique en rien la présence d'un tiers clairement identifiable. Cependant, on ne peut qu'être frappé du peu de considération qu'accorde Roth et al. (1997) à cet aspect des choses. En effet, dans la plupart des cas les victimes rencontrées dans la pratique clinique sont en mesure d'identifier les individus qui sont les responsables de leur état. Il est ainsi essentiel de prendre en compte ce phénomène d'emprise qu'imposent les agresseurs à leurs victimes dans la plupart des situations de violence et d'abus répétés. Cette réaction est provoquée par la violence des troubles psychologiques engendrée par l'agression qui brutalise et bouleverse la victime. Au lieu de la résistance et de l'hostilité que l'on pourrait attendre, la victime exprime à son agresseur un sentiment de sympathie, d'affection, de gratitude, voire de soumission, comparable d'ailleurs à ce qui se passe de façon plus située dans le temps dans le syndrome de Stockholm. Ce sont là les conséquences de cette emprise qui s'exprime chez la victime dans son incapacité à prendre la mesure de la réalité de ce qui s'est passé. Il peut également s'agir des conséquences de la mobilisation par la victime de défenses psychiques lui permettant de ne pas s'effondrer massivement en octroyant à l'agresseur la posture de « bon objet » qui, couplé au sentiment de culpabilité exprimé très souvent chez les victimes dans les situations traumatiques, va induire une relation singulière entre le bourreau et sa victime. Ainsi, il nous semble difficile de partager la position de Roth et al. (1997), chez qui nous pensons que cette dimension mériterait d'être plus développée. Paradoxalement même, il nous semble que cet aspect pourra être au centre de la psychothérapie, afin d'aider la victime à comprendre comment cet agresseur a pu prendre l'ascendant sur elle et comment elle peut et doit s'en échapper.

En ce qui concerne l'altération dans les relations avec les autres, on ne peut que regretter le peu de développement qu'en fait Roth et al. (1997). Il est difficile pour les victimes de refaire confiance aux autres après de telles épreuves. Notamment quand cet autre si inhumain s'avère être un proche voire un membre de la famille. Un mécanisme de défense peut alors être mobilisé par la victime : le clivage. Il fait osciller la personne entre idéalisation et rejet, en permettant le maintien artificiel d'une séparation entre les représentations de soi d'objets internalisés qui sont alors soit bons, soit mauvais. Ce mécanisme protège ainsi le Moi fragile du traumatisé complexe (comme le sujet borderline d'ailleurs) contre la diffusion d'une angoisse profonde, lui évitant la confrontation à l'ambivalence et à la souffrance dépressive et empêchant ainsi le « mauvais » de venir contaminer et détruire le « bon ». Le sauveur, voire le thérapeute par la suite, peuvent rapidement devenir de mauvais objets. Cliniquement, cela se manifeste par une vision infantile et manichéenne du monde ou par de brusques revirements affectifs à l'égard d'une personne qui font passer sans transition de l'amour à la haine.

Roth et al. (1997) apportent une nouvelle dimension essentielle dans son tableau clinique, à savoir la somatisation, qu'on ne retrouve pas dans le tableau de Herman (1992a). On sait en effet que les événements de vie notamment lorsqu'ils sont traumatiques (négligences ou carences parentales par exemple) peuvent être à l'origine du développement de troubles somatiques (Neufeld Bailey et al., 2007). Il faut tout de même préciser que Herman ne néglige

en aucun cas cette dimension, même si elle n'apparaît pas dans son tableau clinique, en témoigne son article publié en 1992 (Herman, 1992b) dans lequel elle souligne l'importance des troubles somatiques dans le trauma complexe, ainsi que l'existence d'un lien entre les traumatismes survenus durant l'enfance et l'émergence de ces troubles singuliers. Elle cite à cet effet une étude de Morrison (1989) centrée sur une population de 60 femmes présentant des troubles somatiques. 55 % d'entre elles avaient subi des violences sexuelles dans l'enfance. Certaines études épidémiologiques plus récentes confirment la relation existant entre la sévérité des événements subis pendant l'enfance et le nombre de symptômes somatiques rapportés sans explication médicale (Neufeld Bailey et al., 2007).

Enfin, la dimension relative à l'altération dans le système de sens reste quant à elle assez similaire entre les deux tableaux cliniques. Le processus de traumatisme répété marque une rupture forte avec toute forme de vie antérieure. De par leur caractère radical, ces situations imposent à la personne des remaniements psychiques profonds. C'est surtout notre manière de percevoir les événements et notre propre vie qui s'effondrent. La situation du traumatisme complexe doit être envisagée comme une fracture dans l'expérience de vivre.

Il est d'autres expressions symptomatiques de l'état de stress post-traumatique complexe sur lesquelles il convient de s'arrêter.

Clinique de certains symptômes du tableau de trouble de stress post-traumatique complexe

Certains comportements ou manifestations spécifiques du tableau clinique du trauma complexe méritent une attention particulière, comme l'automutilation, la honte, la culpabilité, la colère ou encore l'agressivité envers des tiers.

Ainsi, Dyer et al. (2009) ont comparé un groupe de personnes manifestant un tableau clinique de trauma complexe avec un groupe de sujets présentant un trauma simple (ESPT). Il est apparu que 91 % des personnes du premier groupe rapportent une histoire d'automutilation contre 58 % dans le groupe EPST. On peut définir les comportements d'automutilation comme des actes individuels répétitifs, volontaires, sans intention initiale de se donner la mort (Croyle et Waltz, 2007 ; Feldman, 1988) et qui n'entraînent généralement pas la mort de l'individu, mais peuvent engendrer des conséquences physiques importantes chez ce dernier (Croyle et Waltz, 2007). On peut même les considérer comme des comportements ordaliques, que s'impose le sujet afin de savoir s'il peut ou non continuer à vivre. L'expérience psychologique précédant l'acte d'automutilation s'accompagne la plupart du temps d'une élévation de la tension interne, associée à de la colère, de l'anxiété, ou encore des sentiments de solitude ou d'abandon. L'automutilation remplit alors de multiples fonctions, souvent simultanément (Suyemoto, 1998), lesquelles peuvent expliquer la persistance et la puissance de tels actes : réduire une détresse psychologique, redonner au sujet un certain contrôle de l'angoisse, et lui permettre de se sentir exister et d'exister aux yeux des autres. Sur un plan plus symbolique, les larmes laissent alors la place au sang qui se déverse à l'extérieur du corps physique

d'individus qui sont le plus souvent dans l'incapacité de verbaliser leurs affects. Des sensations de soulagement et une diminution des symptômes de dépersonnalisation sont alors éprouvés par les individus après l'automutilation, même si la conscientisation de la situation leur fait souvent ressentir de la culpabilité. Cet état de soulagement peut à cet égard rendre dépendantes les victimes, qui souvent éprouvent un besoin irrésistible de retrouver une telle sensation d'apaisement et surtout de contrôle d'une situation qui la plupart du temps semble leur échapper. Six facteurs majeurs seraient associés aux conduites autodestructrices (Muehlenkamp, 2005) :

- modulation des affects ;
- gestion des situations insupportables ;
- s'infliger des châtiments ;
- influencer ou contrôler les autres ;
- l'autostimulation ;
- gestion des symptômes dissociatifs.

Selon Muehlenkamp (2005), la fonction majeure du comportement d'automutilation est d'abord adaptative. Ces conduites permettent une régulation des affects et une amélioration du sentiment de contrôle, y compris du contrôle des autres par les répercussions sociales et familiales que de tels actes peuvent avoir (Suyemoto, 1998 ; Favazza, 1989 ; Favazza et Conterio, 1989). Il existerait un lien significatif entre l'automutilation et la présence dans l'histoire de vie du patient des situations d'abus sexuel dans l'enfance, une histoire familiale désorganisée et perturbée, le décès d'une figure parentale importante, un divorce des parents qui s'est mal passé ou de la maltraitance physique (Suyemoto, 1998 ; Favazza et Conterio, 1988). De plus, des recherches montrent que les individus présentant des comportements d'autodestruction ont également des troubles du comportement alimentaire (Favazza et al., 1989 ; Favaro et Santonastaso, 2000a, b) : il existerait une comorbidité de 72 % entre automutilation et boulimie (Favaro et Santonastaso, 2000a) et de 62 % entre automutilation et anorexie mentale (Favaro et Santonastaso, 2000b). Les dommages causés par ces comportements d'automutilation sont à envisager en lien avec une forme sévère de troubles de l'image du corps voire de troubles dysmorphiques du corps.

La colère et l'agressivité sont deux autres caractéristiques du trauma complexe qu'il convient de mettre en lumière (Dyer et al., 2009 ; Hageaars et al., 2011). Une recherche de (Marie-Grimaldi, 2002) a quant à elle conforté le lien existant entre les abus sexuels durant l'enfance et l'émergence à l'adolescence de comportements violents. Pour Hageaars et al., 2011, les victimes ne réagissent pas de la même manière selon la nature de l'exposition au traumatisme : les sujets qui souffrent d'un ESPT ont plus tendance à être hétéro-agressifs alors que les personnes manifestant les signes cliniques d'un traumatisme complexe sont plus dans une posture d'auto-agressivité, de méfiance à l'encontre de leur environnement et éprouvent un sentiment de honte. Les victimes de trauma complexe peuvent avoir appris que la colère sur soi, sous la forme d'auto-agressivité, ainsi que le repli sur soi sont plus sûrs, en tout cas moins insécure que la projection de sentiments sur les autres qui pourrait

avoir en retour des conséquences et augmenter les niveaux de danger auxquels ils pourraient à nouveau être projetés.

Les sentiments de honte et de culpabilité sont inhérents à l'ESPT et à l'ESPT-C (Wilson et al., 2006), induisent des idées suicidaires, le désir d'automutilation et la dévalorisation, et sont également fortement éprouvés par les personnes abusées sexuellement durant leur enfance (Feiring et al., 2002). La honte et la culpabilité seraient, selon Andrews et al. (2000), des prédicteurs, voire des médiateurs, s'il y a présence d'abus sexuels dans l'enfance, dans l'émergence de troubles psychopathologiques à l'âge adulte. Des recherches ont également souligné à maintes reprises le lien existant entre honte, culpabilité et dissociation (Budden, 2009 ; Dorahy et Hanna, 2012 ; Dorahy et al., 2013 ; Irwin, 2008). Le sentiment de honte coexiste souvent avec le sentiment de culpabilité (Wilson et al., 2006), (Dorahy et al., 2013) soutenant que la culpabilité pouvait prédisposer à l'émergence de la honte. (Lee et al., 2001) tentent d'apporter des éléments théoriques destinés à dissocier ces deux concepts. Pour ces chercheurs, la culpabilité serait associée aux actions mises en place par la victime et les échecs liés à ces actions pendant et après l'événement traumatique, alors que la honte tirerait son origine d'une évaluation de soi par la victime pendant et après l'expérience perturbante. Les fantasmes de culpabilité peuvent recouvrir deux fonctions : à la fois atténuer l'impact psychique et permettre au sujet de mieux intégrer l'expérience dans son histoire de vie (Ciccione et Ferrant, 2009). La culpabilité agit comme une défense pour l'individu, en cela qu'elle permet à la personne de se réapproprié activement ce qu'elle a subi de façon passive. L'individu traumatisé justifie et légitime l'événement ; il a alors sa part de responsabilité dans le déclenchement et le maintien des expériences potentiellement destructurantes. Il est alors enfin en mesure de devenir sujet d'une histoire qui s'est imposée à lui et d'intégrer l'expérience dans son parcours personnel.

Conclusion

Bien qu'une littérature de plus en plus abondante atteste de la pertinence de cette entité clinique, le trauma complexe fait encore débat. Le spectre couvert par les symptômes qui le composent est plutôt large, ce qui pourrait laisser entrevoir une certaine suspicion quant à la cohérence et sa réalité clinique. Du point de vue de la pratique clinique, il conviendrait d'intégrer les modèles de Herman (1992b) et de Roth et al. (1997), deux approches complémentaires, pour avoir une lecture plus heuristique du diagnostic de traumatisme complexe, et permettre au clinicien une appréhension plus juste et plus large de la situation de leur patient dès lors qu'un traumatisme complexe est soupçonné. Des questions se posent néanmoins sur son évaluation et les recouvrements qui peuvent exister avec d'autres troubles comme la personnalité borderline par exemple. Il faudra encore du temps pour qu'un tel modèle trouve sa place dans l'arsenal clinique du psychologue. Mais au-delà de l'identification diagnostique du trouble, c'est la question de la prise en charge qui reste un défi pour les cliniciens. Il existe aujourd'hui des techniques psychothérapeutiques ayant démontré leur efficacité dans la prise en charge de patients présentant un TSPT. Le traitement du TSPT-complexe, au regard de

la complexité et de la gravité des situations cliniques qui vont l'engendrer, nous amènera à repenser les techniques psychothérapeutiques actuellement usitées tout en restant extrêmement vigilant à la prise en compte de l'ensemble des symptômes présentés, non considérés indépendamment les uns des autres, et à la réalité psychique de chaque personne. Il conviendrait à l'avenir notamment dans la littérature francophone d'en développer les contours et d'en enrichir la problématique par des travaux plus engagés et plus ambitieux dans ce domaine.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- American Psychiatric Association. *DSM 5*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- Andrews B, Brewin CR, Rose S, Kirk M. Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *J Abnorm Psychol* 2000;109(1):69–73.
- Budden A. The role of shame in post-traumatic stress disorder: a proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Soc Sci Med [Internet]* 2009;69(7):1032–9 [Elsevier Ltd].
- Cicchone A, Ferrant A. *Honte, culpabilité et traumatisme*. Paris: Dunod; 2009.
- Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Van Der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2010;22(5):399–408.
- Croyle K, Waltz J. Subclinical Self-Harm: range of behaviors, extent and associated characteristics. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(2):332–42.
- Dorahy MJ, Corry M, Shannon M, Webb K, McDermott B, Ryan M, et al. Complex trauma and intimate relationships: the impact of shame, guilt and dissociation. *J Affect Disord [Internet]* 2013;147:72–9 [Elsevier].
- Dorahy MJ, Hanna D. Shame, intimacy and self-definition: An assessment of the emotional foundation and intimate relationship consequences of an introjective personality orientation. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:699–704.
- Dyer K, Dorahy K, Hamilton G, Corry M, Shannon M, MacSherry A, et al. Anger, aggression and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J Clin Psychol* 2009;65(10):1099–114.
- Favaro A, Santonastaso P. Costruzione e validazione di uno strumento di screening per i disturbi dell'alimentazione: the Inventory for the Screening of Eating Disorders (ISED). *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000a;9:26–35.
- Favaro A, Santonastaso P. The Inventory for the Screening of Eating Disorders (ISED). *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000b;9:72–6.
- Favazza AR. Why patients mutilate themselves. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40(2):137–245.
- Favazza AR, Conterio K. The plight of chronic self-mutilators. *Community Ment Heal* 1988;24:22–30.
- Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:283–9.
- Favazza AR, DeRose L, Conterio K. Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and life. Threat Behav* 1989;19:352–61.
- Feiring C, Taska L, Chen K. Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreat* 2002;7:345–57.
- Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 1988;29:252–69.
- Hagenaars M, Fisch I, Van Minnen A. The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *J Affect Disord* 2011;132:192–9.
- Harford TC, Yi HY, Grant BF. Associations between childhood abuse and interpersonal aggression and suicide attempt among U.S. adults in a national study. *Child Abuse Negl [Internet]* 2014;38(8):1389–98 [Elsevier Ltd].
- Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic to political terror*. New York: Basic Books; 1992a.
- Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress* 1992b;5:377–91.
- Irwin HJ. Affective predictors of dissociation-II: shame and guilt. *J Clin Psychol* 2008;54:237–45.
- Joiner TE, Sachs-Ericsson NJ, Wingate LR, Brown JS, Anestis MD, Selby EA. Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behav Res Ther* 2007;45(3):539–47.
- Landes SJ, Garovoy ND, Burkman KM. Treating complex trauma among veterans: three stage-based treatment models. *J Clin Psychol* 2013;69(5):523–33.
- Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol* 2001;74:451–66.
- Marie-Grimaldi H. *Abus sexuels et comportements violents chez des mineurs placés à l'aide sociale à l'enfance*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2002;50:193–200.
- Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:239–41.
- Muehlenkamp J. Self-injury behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry* 2005;75(2):324–33.
- Neufeld Bailey H, Moran G, Pederson DR. Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attach Hum Dev* 2007;9(2):139–61.
- 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 post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1997;10:539–49.
- Sar V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM 5. *Eur J Psychotraumatol [Internet]* 2011;2:1–9.
- Schmid P, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry [Internet]* 2013;13(3):1–12.
- Steele K, VanderHart O, Nijenhuis ERS. Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: overcoming trauma-related phobias. *J Trauma Dissociation* 2005;6:11–53.
- Suyemoto KL. The functions of self-mutilations. *Clin Psychol Rev* 1998;18(5):531–54.
- Taylor S, Asmundson G, Carleton R. Simple versus complex PTSD: a cluster analytic investigation. *Anxiety Disord* 2005;20:459–72.
- Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10–20.
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. Dissociation: an under-recognized major feature of complex PTSD. *J Trauma Stress* 2005;18:413–23.
- Van der Kolk BA. Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann* 2005;35:401–8.
- Williams WI. Complex trauma: approaches to theory and treatment. *J Loss Trauma* 2006;11(4):321–35.
- Wilson JP, Drozdek B, Turkovic S. Post-traumatic shame and guilt. *Trauma, Violence, Abuse* 2006;7(2):122–41.
- Zucker M, Spinazzola J, Blaustein M, Van der Kolk BA. Dissociative symptomatology in post-traumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *J Trauma Dissoc* 2006;7(1):19–31.