

8. TRAUMA COMPLEXE OU DESNOS

Rosemarie Bourgault

in Marianne Kédia et al., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie*

Dunod | « Aide-Mémoire »

2013 | pages 64 à 71

ISBN 9782100593330

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie---page-64.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Dunod.

© Dunod. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

8

TRAUMA COMPLEXE OU DESNOS

Rosemarie Bourgault

Définition

Le « DESNOS » (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), ou « trauma complexe » en français, est un trouble de l'âge adulte qui se caractérise par un déficit chronique de capacités du sujet à intégrer des expériences et à réguler ses affects en raison de traumatismes répétés, notamment lorsque ceux-ci ont été vécus dans l'enfance (maltraitance*, agressions sexuelles* mais aussi tortures*). Outre la répétition des expériences traumatiques, ce trouble est en grande partie dû à l'immaturité du cerveau de l'enfant au moment des expériences (Van der Kolk, 2005) : l'absence ou l'incapacité des parents à fonctionner en tant que protecteurs ainsi que les pratiques de maltraitance physique et psychologique contribueraient à la genèse de ce syndrome (Van der Hart, 2006). L'appellation DESNOS serait donc plus adéquate pour décrire les réactions aux traumas de type II (prolongés).

Ce trouble peut s'accompagner ou non d'un état de stress post-traumatique* (ESPT). Il ne s'agit pas, selon le DSM-IV (APA, 1994), d'un

syndrome à proprement parler, mais d'une sous-catégorie de celui-ci. Nombreux sont ceux qui contestent cette classification, plaçant pour une reconnaissance d'un véritable syndrome ayant des origines dans des faits réels, atteignant l'identité même d'un sujet en pleine croissance psychologique et perturbant le développement de la personnalité* tout entière (Cloitre, 2006 ; Van Der Kolk, 2005).

L'histoire* de la prise en charge du trauma montre que, sans le savoir, des auteurs comme Charcot, Freud ou surtout Janet* ont été les premiers à présenter des travaux sur le trauma complexe : ces médecins soignaient en effet des femmes atteintes de troubles complexes survenus à la suite d'agressions sexuelles dans l'enfance et aggravés par un vécu d'adulte tout aussi traumatisant.

En 1977, le docteur Judith Herman, jeune psychiatre, débute son activité à l'hôpital de Cambridge, aux États-Unis, où elle prend en charge des femmes victimes de violences conjugales* et d'agressions sexuelles*. Ces femmes adultes ont en commun un passé de maltraitance et/ou d'inceste. Leurs vies d'adultes sont cauchemardesques : troubles anxio-dépressifs, troubles du comportement, ou encore exclusion sociale. Herman défend l'hypothèse d'un comportement adulte conditionné par un passé d'enfant traumatisé et appelle l'ensemble de ces symptômes « le trauma complexe ». Militante féministe, Herman explique le trauma complexe comme étant la conséquence directe de la répression des femmes et des enfants, répression acceptée et maintenue par un sexisme ouvertement assumé depuis la nuit des temps.

En 1992, Judith Herman publie *Trauma et Recovery*, ouvrage de référence consacré au trauma complexe. Dans ce livre, elle décrit l'ensemble des symptômes qui correspondent à ce syndrome et, de manière détaillée, son programme de traitement. Il s'agit d'une prise en charge en trois phases. Deux ans plus tard, le DSM-IV est publié, et la notion de DESNOS, concept pratiquement identique à celui de trauma complexe, apparaît comme un sous-diagnostic de l'état de stress post-traumatique* sans être toutefois reconnu comme une entité clinique à part entière. La notion reste controversée aux yeux de certains, malgré le combat constant de Judith Herman, de Bessel Van Der Kolk et de Marylene Cloitre pour sa reconnaissance (Congrès ISTSS, Toronto, 2005).

Tableau clinique et perturbations

Les manifestations cliniques sont multiformes et caractérisées par des altérations de nombreux systèmes : la capacité à moduler les affects, l'identité et le sentiment de soi, la conscience et la mémoire*, les relations avec autrui, y compris avec l'agresseur (« syndrome de Stockholm »), la relation au corps et les systèmes cognitifs de compréhension.

Au niveau symptomatique, on observe : une dérégulation de la conscience (se traduisant par la dissociation* pathologique), une dérégulation des émotions (alternance entre la colère extrême et un sentiment de vide), la difficulté de gestion des comportements impulsifs et dangereux (avec prise de risques), des troubles somatoformes, une représentation de soi endommagée de manière chronique et permanente, des relations interpersonnelles caractérisées par la dépendance, et une absence de croyances fondamentale dans le sens de la vie

Validité de l'entité clinique : les neurosciences et les théories de l'attachement

Les travaux de psychopathologie développementale et ceux des neurosciences mettent en évidence des modifications développementales et neurobiologiques importantes chez les enfants abusés. Ces modifications permettraient d'expliquer les perturbations multiples que présentent les adultes portant un diagnostic de DESNOS.

Depuis les expériences de Harlow avec les singes Rhésus jusqu'aux travaux de Bowlby, d'Ainsworth et d'autres, l'effet des comportements de nursing dysfonctionnels ou carentiels (comportements violents, distants, irréguliers) de la part des parents (*caregivers*) sur le devenir des enfants est bien documenté. Autant chez le singe que chez les enfants, de telles carences provoquent des comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs, des troubles sexuels, des comportements de retrait et de peur, des difficultés à s'organiser et à se protéger psychologiquement. Sur le plan cognitif, ces enfants ont du mal à traiter et à intégrer l'expérience de manière satisfaisante et ne développent pas la capacité

à réguler leurs états internes. On retrouve le même tableau clinique chez les adultes diagnostiqués DESNOS.

Les travaux en neurosciences sont congruents avec ceux sur l'attachement*. Les enfants qui ont vécu des événements traumatisants ont un développement neurobiologique différent de celui d'enfants élevés dans un environnement sécurisant. Les techniques d'imagerie mettent en évidence des traces de la maltraitance* sur les structures cérébrales. Les enfants maltraités ne parviennent pas à réguler leurs émotions, à reconnaître leur ressenti, ni à verbaliser leurs affects (Brown, 2012).

Les neurosciences comme les travaux sur l'attachement montrent à quel point le trauma chronique et précoce laisse des traces à la fois physiologiques, comportementales et cognitives, traces qui se manifestent sous la forme d'une entité clinique complexe et bien distincte d'un état de stress post-traumatique.

DESNOS, personnalité limite et troubles dissociatifs ____

Le DESNOS et la personnalité limite* sont associés à des expériences de traumatisation précoce et d'attachement désorganisé. Dans les deux cas on retrouve des symptômes de dérèglement des affects, des troubles de l'identité, une idéation suicidaire, un recours aux substances addictives et à l'automutilation. Par ailleurs dans les deux syndromes, des états dissociatifs sont souvent au premier plan. Certains auteurs préconisent la refonte des troubles DESNOS, état limite* et troubles dissociatifs* dans une perception plus large de troubles dissociatifs structurels (Van der Hart, 2006).

La différence entre le DESNOS et l'état limite* est à chercher dans les conceptions théoriques et historiques, ainsi que dans les représentations qu'ont les thérapeutes eux-mêmes des troubles. La notion d'état limite est née d'une perspective psychanalytique* qui met en évidence l'idée de structure. Le concept du DESNOS est le fruit d'une perspective sociale et militante qui cherche à sortir la psychiatrie d'un positionnement purement intrapsychique. Cette perspective nous semble importante à intégrer parce qu'elle montre la conséquence psychique d'événements réels sur une population spécifique.

Toutefois, le traitement préconisé actuellement pour le DESNOS (voir Van der Kolk, 2005) est proche de celui dit de « *dialectical behavior therapy* » de Marsha Linehan (1993). Autrement dit, outre-Atlantique, les perspectives DESNOS et état limite* se rejoignent, car la notion de personnalité conçue par Marsha Linehan repose moins sur un héritage analytique que sur une perspective comportementale.

Prise en charge des patients souffrant de DESNOS

Lorsque le patient présente des troubles qui comprennent un passé d'agressions et de maltraitance dans l'enfance, le traitement doit viser la régulation des affects, la dissociation*, les problèmes interpersonnels et le handicap fonctionnel, prioritaires par rapport au problème d'encodage en mémoire de souvenirs traumatiques.

Il existe de nombreuses approches différentes (voir Cloitre, 2006 ; Linehan, 1993 ou Herman, 1992). Chacune fait état d'un traitement en trois phases alternant prise en charge individuelle et séances en groupe.

- **Phase 1** : il s'agit d'abord de développer une alliance thérapeutique et de renforcer chez le patient un sentiment de sécurité, en développant des sentiments de confiance et d'attachement, notamment à l'égard de son thérapeute. On cherche à limiter l'impulsivité, la dissociation* pathologique et les idées suicidaires*. Il faut apprendre au sujet à acquérir, développer et maintenir des outils d'autorégulation, et à structurer des schémas de pensée plus adaptés, tout en travaillant ses relations avec autrui. On l'aide à identifier les stressors qui peuvent déclencher des flash-backs ou des réactions difficilement contrôlables. Le patient apprend également à prendre soin de lui, à se protéger, à gérer son stress et à se valoriser. L'objectif de cette phase pour le patient est la régulation de soi-même, de ses comportements, de ses affects, afin de parvenir à une meilleure tolérance de ses états émotionnels.
- **Phase 2** : Le patient raconte les souvenirs du trauma, pour avoir la maîtrise de sa mémoire* et parvenir à une autobiographie plus organisée, avec une modulation des affects, et une orientation tournée

vers le présent et l'organisation de l'avenir. Il s'agit donc d'exposer le patient au souvenir traumatique. Dans le modèle d'Edna Foa et de Barbara Rothbaum (1998), l'exposition a pour but de réduire la peur, et donc d'éteindre les réponses à la peur. Pour d'autres, le but est plutôt de traiter les sentiments de colère et de honte. Dans le DESNOS, on travaille plus sur la honte et le dégoût de soi que sur la peur. Le récit, individuel ou en groupe, permet au sujet de réécrire son histoire et de la revoir. Les travaux actuels de Chris Brewin (2003), de Merv Smucker (1995) et de Marylene Cloitre (2006) visent, au-delà de la modification du récit, celle des images mentales liées au récit, de manière à retraiter le souvenir traumatique. Il s'agit d'amener le patient à fixer dans le passé les images mentales liées aux souvenirs traumatiques, et à manipuler dans le présent des images de lui adulte, aujourd'hui capable de venir secourir la victime enfant qu'il a été, et de modifier son histoire.

- **Phase 3** : il s'agit d'aider le patient à retrouver une vie normale, voire à acquérir des compétences qu'il n'a jamais eues. Il est en effet fréquent que le patient souffrant de DESNOS n'ait pas eu dans son enfance les outils sociaux, cognitifs et affectifs qui lui auraient permis une insertion psychosociale de bonne qualité. À cette phase du traitement, le patient doit avoir des preuves de sa sécurité et des compétences qu'il a acquises lors des phases précédentes. Il faut donc l'aider à ressentir la maîtrise qu'il a de ses émotions, de ses pensées, de ses décisions, de ses actions, afin qu'il puisse la mettre en pratique et améliorer ses relations avec autrui. On parle souvent de la répétition des violences par les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Dans cette dernière phase du traitement, on aide le patient à modifier les relations, qui sont parfois proches de celles apprises dans l'enfance. Il n'est pas ici question de compulsion de répétition, mais d'un modèle d'apprentissage : le sujet a appris que les seules relations possibles sont des relations violentes, de soumission ; il n'a pas un répertoire de compétences psychosociales propre à éviter la revictimisation. En bref, il faut aider le patient à mettre en pratique ce qu'il a acquis, et à modeler des capacités relationnelles adéquates.

Conclusion

Les recherches en neurosciences et les théories de l'attachement se rejoignent pour soutenir la validité du diagnostic, ainsi que l'expérience des cliniciens. Les victimes de maltraitance, d'inceste ou de tortures ne sont pas à confondre avec les personnes qui consultent suite à un accident de la route ou à une catastrophe naturelle.

Il est donc indispensable d'élargir la notion d'état post-traumatique et de considérer comme un diagnostic à part entière le DESNOS, de façon à mieux répondre aux besoins des patients. L'état de stress post-traumatique est un diagnostic qui répond bien au trauma de type I (unique), voire à des traumas de type II (prolongés) survenant à l'âge adulte lorsque la personnalité*, voire l'identité, est déjà formée. La notion de trauma complexe, en revanche, s'applique à des traumas anciens, souvent de longue durée, qui perturbent un ensemble de systèmes bien plus vastes. Dans le cas de DESNOS, c'est donc l'ensemble de l'identité du sujet qui est atteint. A l'heure actuelle, le groupe chargé de travailler les entités diagnostiques liées au trauma pour le nouveau DSM (van der Kolk, 2008), milite pour la création d'un « Developmental Trauma Disorder » (voir le chapitre « ESPT de l'enfant »). Cette nouvelle catégorie permettrait de rendre compte de l'impact du trauma infantile sur la constitution de la personnalité. Seraient ainsi intégrées au sein d'un même syndrome les multiples troubles psychiatriques observés chez les enfants et adultes victimes de carences et de violences à répétition.

 **État limite, Troubles dissociatifs, Psychanalyse.**

Bibliographie

Brewin C. *Posttraumatic Stress, Malady or Myth*, New Heaven, Yale University Press, 2003.

Brown D. (2012). Neuroimagerie de l'état de stress post-traumatique et des troubles dissociatifs. In M. Kédia, J. Vanderlinden, G.

Lopez et al. *Dissociation et mémoire traumatique*. Paris : Dunod.

Bowlby J. *Attachment and Loss*, New York, Basic Books, 1969.

Cloitre M., Cohen L., Koenen K. *Treating Survivors of Childhood Abuse*, New York, 



Guilford Press, 2006.

Foa E., Rothbaum B. *Treating the Trauma of Rape*, New York, Guilford Press, 1998.

Herman J. *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.

Linehan M. *Cognitive Behavioral Treatment of borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press, 1993.

Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. *The Haunted Self*, New York, Norton, 2006.

Van der Kolk B. Developmental Trauma disorder : a proposed diagnosis for DSM V.

Interventions for traumatised populations : an expert update from ISTSS. Royal College of Physicians, Londres, 2008.

Van der Kolk B. « Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 2005, oct., vol. 18.

Van Der Kolk B., McFarlane A., Weisath L. (éd.). *Traumatic Stress, The Effects of Overwhelming Experience on Mind, body and Society*, New York, Guilford Press, 1996.