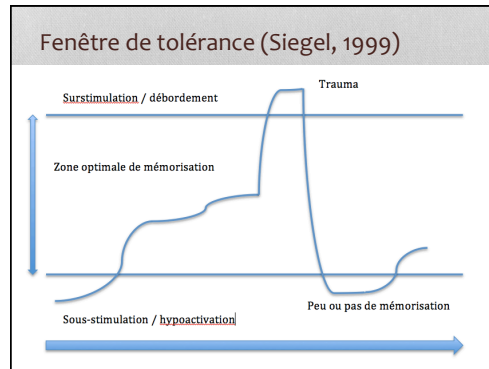


TRAUMATISMES PRÉCOSES
- EVALUATION ET TRAITEMENT -

Joanna Smith
Psychologue clinicienne
Formatrice en ICV
Paris 12^{ème}
contact@joannasmith.fr
http://www.joannasmith.fr

ASSOCIATION FRANCOPHONE
du TRAUMA et de la DISSOCIATION



Petite enfance = petite fenêtre de tolérance

- Cerveau très immature à la naissance
- Particularités de la phase préverbale :
 - Fenêtre de tolérance très réduite;
 - Grande dépendance à la co-régulation par les figures d'attachement.
- Trauma précoce peut être dû à :
 - Débordement de la fenêtre de tolérance (trop long, trop fréquent);
 - Effraction de la fonction de pare-excitation des figures d'attachement / fenêtre de tolérance du parent est débordée.
- Transmission transgénérationnelle du trauma (Liotti, 2003) : La présence de traumas non résolus chez le parent prédit la désorganisation de l'attachement chez l'enfant (Liotti, 2009; AAI).
- Sortie de fenêtre de tolérance par traumatisme mais aussi carence, négligence, ou excès de stimulation
- Cf Spitz et réactions dissociatives dans l'hospitalisme

Développement de la fenêtre de tolérance

- Psychanalyse : fonction de pare-excitation, Moi Auxiliaire, fonction alpha... mère suffisamment bonne
- Neurosciences affectives : Daniel Siegel (1999, 2002, 2012), Allan Schore (1994, 2003)
- Période intra-utérine à 3 ans environ : mémoire *implicite*, sécurité de l'attachement
- Attachement sécure = Répétition régulière de schèmes cérébraux d'excitation / débordement brefs et apaisement accordé
- Disponibilité et compétence de l'environnement précoce => estime de soi, sentiment de compétence et de puissance

Le développement du Soi

- « Les attitudes générées au sein de la relation de soin précoce posent la base d'une perception de soi comme **méritant et étant capable de susciter le soin** et la réactivité d'autrui. » Carlson, Yates & Sroufe, 2009
- « Une base émotionnelle consistante, issue d'un parentage précoce soutenant, offre un soubassement solide à une modulation émotionnelle, un contrôle des impulsions et une adaptation aux demandes de l'environnement souples et efficaces. » Carlson, Yates & Sroufe, 2009

Développement cérébral précoce

- Taille du cerveau : multipliée par 3 au cours des 5 premières années de vie (Maroney, 2003)
=> **myélinisation** des neurones et **développement de leurs connexions** synaptiques
- Expériences infantiles anormales, carencées, traumatiques et / ou chroniquement stressantes : **impact sur la structure et le fonctionnement cérébral**
- Fonctionnement cérébral avant 3 ans = essentiellement **hémisphère droit** :
 - régulation émotionnelle,
 - régulation du stress (réponse au danger),
 - attention,
 - conscience de soi,
 - empathie / identification à autrui (Schore, 2003)...

Allégations du bon sens (M.R. Moro, 2006)

Les jeunes enfants :

- « ne se rendent pas compte »
 - « oublie facilement »
 - « transforment tout en jeu »
 - « n'engrangent pas de trace mnésique »
 - « n'ont pas de représentation de la mort donc pas peur de la mort »
- => Que dit la littérature scientifique?

Et si le trauma précoce était plus fréquent que l'on ne le croit?

- Difficile à dépister après-coup : mémoire implicite ;
 - Jusqu'à récemment, impuissance relative à le traiter ;
 - Traumatissant de penser le traumatisme précoce.
- ⇒ Peu dépisté, peu d'intérêt pour son étude, déni?
- 5 premières années : les plus à risques (Chu & Lieberman, 2010) :
 - 75,5% des décès par maltraitances < 4 ans
 - Entre 0 et 12 mois :
 - Taux de décès le plus élevé de décès par maltraitances ou négligences
 - Taux de victimisation de 21,9 pour 1000
 - 36% des enfants placés ont 0 - 5 ans, et 14% moins d'un an
 - 10% des victimes d'agressions sexuelles < 3 ans (Bailly, 2006)

Données statistiques (Chu & Lieberman, 2010)

- Enfants de moins de 5 ans davantage exposés aux violences conjugales
- Plus grande fréquence de décès et de blessures accidentels : noyade, brûlures, chutes, étouffement et empoisonnements (Grossman, 2000)
- Autres facteurs de risques aggravants pour les violences intentionnelles :
 - Famille monoparentale ou recomposée
 - Minorités ethniques
 - Niveau socio-économique bas

Signes de stress intra-utérin (Chamberlain, 1999)

- Douleur existe dès 24 à 30 semaines de vie fœtale (Kanwaljeet & Anand, 1987)
- Transmission du stress et placenta
- Signes de stress chez le fœtus : **rythme cardiaque, niveau d'activité, réactivité physiologique** (Chamberlain, 1999)
- Signes d'attachement désorganisé précoce (Hesse & Main, 2006; Main & Solomon, 1990; Pipp-Siegel, Siegel & Dean, 1999, cités par Chamberlain, 1999) : « **figement, mouvements diffus, grimaces, états de veille-sommeil non déterminés en réponse exclusive à la sollicitation de la figure d'attachement** »
- Transmission transgénérationnelle des traumas et pertes non résolus possibles in utero (Amiel-Tison et al., 2004; Huizink, Mulder & Buitelaar, 2004)
- Études animales : impact durable du stress intra-utérin sur le développement neuronal

Impact du stress intra-utérin (Glover, 2011)

- Mère **stressée, anxieuse ou déprimée** pendant la grossesse => risque accru chez l'enfant de :
 - Problèmes émotionnels,
 - TDAH,
 - Troubles du comportement ou
 - Troubles du développement cognitif
- Altération de la structure et des fonctions cérébrales en cas de stress maternel prénatal
- Enfants des mères les plus angoissées = 2 x risque de problèmes émotionnels ou comportementaux comparés aux enfants des mères les moins angoissées
- Lien état psychique maternel / impact sur santé mentale de l'enfant **démonstré au moins jusqu'à 13 ans**

Impact du stress aigu intra-utérin (Glover)

- Stress aigu :
 - premier trimestre => risque accru de schizophrénie
 - Stress tardif : TDAH et autres troubles
- **La plupart des enfants ne sont pas affectés**
- Impact prouvé du stress aigu comme du stress chronique
- Mécanisme probable : altération de la fonction de filtre du placenta face au cortisol
- Besoin de recherche : petit niveau de stress pourrait avoir un impact positif! Ex : croissance physique plus rapide
- Importance du **soin post-natal comme facteur d'aggravation ou d'amélioration**

Trauma de la naissance ?

- Peu de données... rien à trouver?
- Pas d'impact sur les troubles bipolaires de l'enfant (Martelon et al., 2012)
- TOC : plus de complications pré et périnatales (Geller et al., 2008)
- Psychopathologie plus importante en cas de naissance traumatique par voie basse qu'en césarienne planifiée ou voie basse non-traumatique (Li et al., 2011)
- Quels facteurs interviennent : caractéristiques parentales pré-accouchement? Styles d'attachement? Circonstances de la naissance? Soins post-accouchement / séparation mère-bébé? Etc.
- Empiriquement / cliniquement associé à difficultés de prise de décision, sensation d'être bloqué, certaines phobies (noir, tunnels et autres enfermements, froid, vide, médecins...), etc. (voir notamment Prager-Séchaud, 2015)

Impact des soins reçus lors d'une prématurité

- Barker and Rutter (1995) : **admission** d'un bébé prématuré en service de soins intensifs, en **moyenne 60 procédures médicales**, la plupart douloureuses et invasives.
- **Soins stressants en couveuse** => changements importants dans le taux d'oxygène et l'irrigation cérébrale
- Séquelles à **18 mois** des procédures médicales douloureuses chez des bébés nés avec un poids < 1kg (Whitfield & Grunau, 2004) : **réponse anormale aux situations stressantes normales** (bosses, bleus...)



Devenir des prématurés :

- À **6 ans** : augmentation de la distractibilité, niveau d'activité, anxiété et retrait face aux situations difficiles (22) (prévalence de 9,9% contre 5,5% dans groupe contrôle)
- À **12 ans** : 28% trouble psychiatrique (contre 9% contrôles) : TDAH, anxiété généralisée, dépression, opposition (Botting et al., 1997)
- Plus de troubles des apprentissages et QI moins élevé
- Meta-analyse de Somhovi et al. (2012) : **1519 adolescents** (11-20 ans) grands prématurés : risque de développement de problèmes anxieux deux fois plus élevés
- Symptômes d'ESPT de la mère de bébé prématuré (plus élevé que chez la mère d'enfant né à terme et en bonne santé)
- Quelle part liée aux dommages organiques?



Réactions post-traumatiques face à un événement unique

- Exemple du 11 septembre 2001 :
- Étude portant sur 180 familles avec enfants de 0 à 5 ans
- Manifestations post-traumatiques augmentent (DeVoe et al., 2011) :
 - En cas d'exposition directe à l'événement
 - En cas d'exposition à des réactions négatives d'adultes face à l'événement
 - Si antécédents d'exposition traumatique de l'enfant
- Confirmation de l'importance de prendre en charge les figures d'attachement / la famille de l'enfant

Traumatisme psychique du tout-petit : Meta-analyse de Paley & Alpert (2003)

- 150 cas recensés par 9 études
- Enfants confrontés à un événement traumatique avant 24 mois
- Événement traumatique objectivé par un tiers ou des preuves
- => 4 types de mémorisation post-traumatique précoce :
 1. Comportementale : « **expression spontanée du trauma liée à des activités de la vie quotidienne** »
 - évitements, peurs ou phobies post-traumatiques,
 - jeux post-traumatiques ou répétitifs,
 - changements dans la personnalité,
 - sautes d'humeur, colères ou retrait chroniques,
 - régression,
 - comportements sadiques ou sado-masochistes,
 - langage ou comportement sexuels ou sexualisés

Paley & Alpert (2003), suite

2. Mémorisation visuelle : indirectement évaluée :
 - dessins,
 - rêves / cauchemars explicites,
 - mises en scènes ressemblantes,
 - descriptions verbales d'images visuelles...
 3. Mémorisation somato-sensorielle : « **symptômes physiques ou activation physiologique connectés de façon proche à des expériences spécifiques au trauma** », sans cause biologique identifiable :
 - crises d'urticaires,
 - douleurs (en particulier tête, ventre, organes génitaux),
 - changement dans le fonctionnement digestif ou urinaire,
 - vomissement persistant ou appétit diminué,
 - réactions de sursaut, palpitations, transpiration, troubles du sommeil (insomnies et terreurs nocturnes)
- => Quid des sensations post-traumatiques?

Paley & Alpert, 2003 (fin)

4. Mémoire verbale : description verbale directe (influence possible par questionnement d'autrui) :

- dépendante de la compréhension verbale / QI de l'enfant plus que de l'âge au moment de l'événement traumatique (18 mois minimum à 28-36 mois en moyenne)
 - meilleure pour les événements uniques que pour les événements chroniques, répétés
- => Aspects centraux du trauma précoce :
- mémorisé de façon **précise** et **tenace** à travers le temps;
 - détails périphériques, visuels et verbaux : + de modifications avec le temps, et d'oubli
 - **cohérence** et **l'exactitude** de la mémoire non-verbale du trauma précoce, particulièrement du **jeu post-traumatique**, des **mises en actes comportementales** et des **peurs post-traumatiques** spécifiques

Impact des carences et séparations précoces : quelques exemples chez les animaux

- Chez le rat : intensité du léchage du bébé rat par sa mère lors des 12 premières heures de vie affecte de façon permanente la réaction chimique cérébrale au stress (Meaney, 2004) : plus courageux, produisent moins d'hormones de stress, se rétablissent mieux après une maladie, sur l'échelle de la vie.
- Expériences chez le rat (Cowan, Callaghan, Richardson, 2013) : augmentation de la mémorisation de la peur chez les rats déprivés de leur mère 24h à l'âge de 9 jours
- Etc...

Impact des carences précoces

- **Définition** des carences : forme de maltraitance, notamment quant aux besoins fondamentaux : physiques, de santé, de surveillance, de nutrition, émotionnels, éducatifs et / ou de domicile.
- Carences graves : Spitz et l'hospitalisme (6-18 mois) :
 - 1^{er} mois : pleurs, cris, recherche de contact
 - 2^{ème} mois : troubles du sommeil, perte de poids, croissance ralentie
 - 3^{ème} mois : détachement, repli, indifférence, arrêt de la croissance

Impact des carences précoces (suite)

- Stoltenborgh et al. (2013) : méta-analyse de la prévalence de la négligence en population générale :
 - 16,3% négligences physiques
 - 18,4% négligences émotionnelles
 - Soulignent la pauvreté de la littérature scientifique sur la négligence
- Carences moins marquées => troubles de l'attachement, agressivité infantile, déficits cognitifs, problèmes émotionnels / comportementaux, conséquences physiques, difficultés à s'épanouir
- Carences infantiles = impact plus grave si avant 2 ans

Devenir des tout-petits au style d'attachement désorganisé

- Etudes de Lyons-Ruth : 2 groupes d'enfants de 18 mois, au style d'attachement désorganisé :
 - **Mères trop préoccupées** par leurs **propres problèmes** (hostiles et intrusives)
 - **Mères impuissantes et craintives** (cherchant un réconfort auprès de l'enfant, indisponibles)
- ⇒ Ne peuvent s'accorder aux besoins de l'enfant
- Vers 20 ans :
 - Sens de soi fragile
 - Impulsivité auto-destructrice (dépenses excessives, promiscuité sexuelle, abus de substances, conduite automobile dangereuse, boulimie)
 - Colère intense et inappropriée
 - Comportement suicidaire récurrent

Evolution clinique des antécédents de traumatismes précoces

- Difficulté des études rétrospectives : peu d'accès aux données, fiabilité? Car mémoire implicite
- Suspicion de traumatisme / carences / négligences précoces si :
 - Troubles anxieux
 - TDAH
 - Difficulté de régulation des émotions et du stress
 - Troubles de l'empathie / identification
 - Auto-agressivité
 - Troubles de l'attachement / troubles dissociatifs
 - Mémoire non-verbale du trauma : jeux post-traumatiques, mises en actes comportementales et peurs post-traumatiques
- Pistes rétrospectives apportées par l'ICV (Intégration du Cycle de la Vie, Lifespan Integration : Pace, 2014)

Illustrations cliniques avec l'ICV

- Intégration du Cycle de la Vie (Peggy Pace, 2014)
- Expérience psycho-corporelle du temps qui a passé
- Outils : la Ligne du Temps et l'accordage du thérapeute


- Objectifs :
 - Eteindre le système de stress
 - Intégrer l'expérience traumatique
 - Réparer ce qui a manqué (force de l'imaginaire, Jouvent, 2009)

- Exemple de travail sur traumas précoces :
 - Expériences d'insécurité d'attachement à l'âge nourrisson
 - Prendre soin de tout-petit en imaginaire, lui montrer l'histoire de sa vie

Conclusion

- Anamnèse systématique sur l'histoire précoce quand :
 - Troubles anxieux
 - Difficultés de régulation émotionnelle dont TSPT
 - Troubles de l'attention
 - Difficulté de régulation des émotions et du stress
 - Troubles de l'empathie / identification
 - Auto-agressivité, revictimisation
 - Troubles de l'attachement / troubles dissociatifs (trauma complexe)
 - Jeux post-traumatiques, mises en actes comportementales (notamment chez auteurs de violences) et peurs post-traumatiques

Pour aller plus loin...

- Journée clinique de présentation des applications de l'ICV, samedi 7 octobre à Paris – Parution de *Applications cliniques de l'ICV* – Dunod
- Informations et inscriptions sur  <http://institut-double-helice.fr>

- **Baubet, T., Lachal, C., Ouss-Ryngaert, L. & Moro, M.R.** (2006). *Bébés et traumas*. Paris, la pensée sauvage éditions.
- **Dell, P.F. & O'Neil, J.A.** (2009). *Dissociation and the dissociative disorders*. New York, Routledge.
- **Pace, P.** (2014). *Pratiquer l'ICV*. Paris, Dunod
- **Smith, J.** (dir., 2016). *Psychothérapies de la dissociation et du trauma*. Paris, Dunod.
- **Smith, J.** (dir., octobre 2017). *Applications cliniques de l'ICV*. Paris, Dunod
- **Thorpe, C.** (2016). *Stratégies thérapeutiques de l'ICV*. Paris, Dunod.

Détail des ressources et powerpoint de la présentation sur :
<http://www.joannasmith.fr/dissociation>
• Association Francophone du Trauma et de la Dissociation
AFTD : <http://www.aftd.eu>

