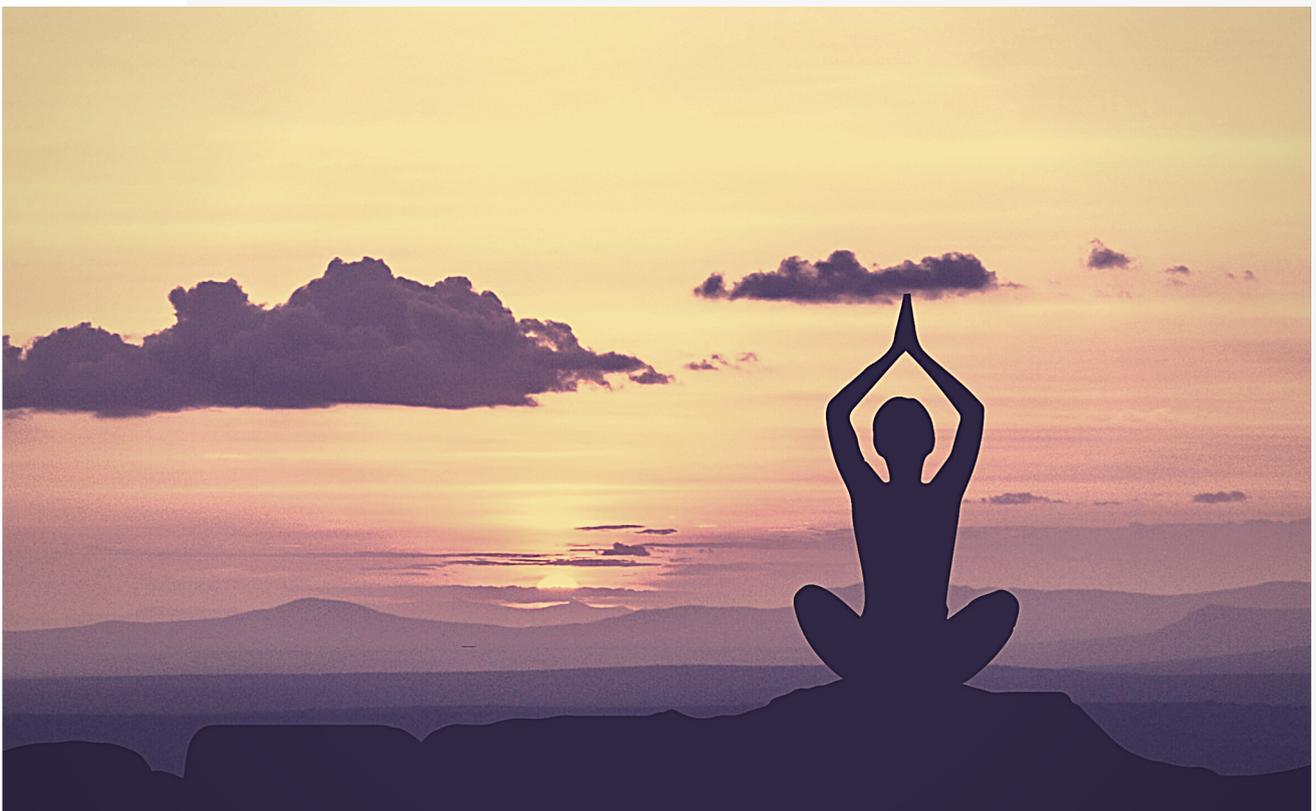


TROUBLES DE L'ATTACHEMENT, LIÉS À DES TRAUMATISMES OU DE L'ADAPTATION



ECRIT PAR CÉCILE LEVACHER

DATE : 25.04.2020

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Trouble Réactionnel de l'Attachement (TRA) - DSM-V

- Mode relationnel durable caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel (rare ou imperceptible réaction au réconfort)
- Perturbation sociale et émotionnelle persistante caractérisée par 2 éléments :
 - Diminution de la réactivité sociale et émotionnelle à autrui.
 - Affects positifs restreints.
 - Irritabilité, tristesse ou craintes inexplicables même en présence des adultes qui prennent soin de lui.
- L'enfant a vécu des formes extrêmes d'insuffisance de soins. Au moins 1 élément parmi :
 - Négligence ou privation sociale avec une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires (réconfort, stimulation & affection de la part des adultes prenant soin de lui)
 - Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant, empêchant la création d'un attachement stable
 - Éducation dans des conditions qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs
- Le manque de soins est à l'origine des comportements perturbés
- Les critères ne répondent pas à un trouble du spectre de l'autisme.
- Le trouble est évident avant l'âge de 5 ans.
- L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Spécifier si chronique (> 12 mois) & sévérité actuelle (intensité des symptômes)

Désinhibition du contact social (TESD ; DSM-V)

- Mode relationnel avec lequel un enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus et présente au moins 2 des éléments suivants :
 - *Réticence réduite ou absente dans l'approche ou l'interaction avec des adultes peu familiers.*
 - *Comportement verbal ou physique excessivement familier (quels que soient l'âge et de la culture).*
 - *Ne demande pas ou peu l'accord d'un adulte qui prend soin de lui avant de s'aventurer au loin.*
 - *Accepte de partir avec un adulte peu familier sans/avec peu d'hésitation.*
- Les comportements du critère A ne se limitent pas à une impulsivité (comme dans le déficit de l'attention/hyperactivité) et incluent un comportement socialement désinhibé.
- L'enfant a vécu des formes extrêmes de carence de soins. Au moins 1 des éléments suivants :
 - Négligence sociale ou privation dans le sens d'une carence chronique des besoins émotionnels élémentaires (réconfort, stimulation & affection).
 - Changements répétés des personnes qui s'occupent principalement de l'enfant (attachement stable compliqué).
 - Éducation dans des conditions inhabituelles qui limitent sévèrement les possibilités d'établir des attachements sélectifs.
- Le manque de soins décrit dans le critère C est considéré comme étant à l'origine des comportements perturbés (critère A).
- L'âge de développement de l'enfant est d'au moins 9 mois.

Spécifier si le trouble est présent depuis + 12 mois & sa sévérité actuelle (grave si tous les symptômes sont présents & à un niveau élevé).

Autres informations

- Les définitions et la distinction de TRA et de TESD contenues dans le DSM-5 ne sont pas validées empiriquement.
- **Comorbidités.** Retards du développement cognitifs & langagiers, stéréotypies, signes de négligence grave, troubles du comportement, altération des compétences relationnelles, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (*TDAH - quand TRA*), trouble des apprentissages, etc.
- **Prévalence.** 10% des enfants ayant souffert de négligences graves présentent un TRA & 20 % des enfants ayant subi des négligences graves & placés en famille d'accueil/institutions présentent un TESD. Une carence de soins sévères n'entraîne pas nécessairement un trouble de l'attachement.
- **Différences interculturelles de l'attachement :** Il est nécessaire de se renseigner au préalable avant de porter tout diagnostic.
- **Facteurs de risque :** temps passée en institution, maltraitance par les parents (*au-delà de 20 mois, l'enfant conserve le schéma d'attachement acquis auprès de ses parents*), hospitalisation de la figure d'attachement principale pour des raisons psychiatriques (traumatismes importants, trouble dépressif), perturbation majeure de la communication entre la figure d'attachement et l'enfant (parfois retrouvée lorsque l'enfant est prématuré ou présente d'un important déficit de la communication). Le type de trouble de l'attachement est indépendant des facteurs de risque.

Situation de négligence infantile

- La négligence peut être physique ou émotionnelle. La négligence émotionnelle désigne tout parent en indisponibilité émotionnelle ou insensibilité *persistante* envers son enfant.
- Une vigilance est tout particulièrement apportée si l'enfant a moins d'un an.
- En France, le signalement peut être fait par un médecin. Afin de dénoncer une suspicion de négligence, vous pouvez appeler le 119. D'autres renseignements sont disponible sur le site du gouvernement : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>
- En France, le signalement peut être fait par un médecin. Afin de dénoncer une suspicion de négligence, vous pouvez appeler le 119. D'autres renseignements sont disponible sur le site du gouvernement : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F781>

Théorie de l'attachement (J. Bowlby)

Selon cette théorie, l'attachement est indispensable au développement de l'enfant. Il se construit sur la capacité d'apaiser rapidement l'enfant de la figure d'attachement principale (caregiver). Cela procure un sentiment de sécurité à l'enfant et lui permet de partir explorer son environnement. Le caregiver se reconnaît par lien d'attachement privilégié qu'il a avec l'enfant, par sa présence rassurante, sa fiabilité, sa disponibilité ainsi que sa capacité à soutenir, comprendre & reconforter l'enfant lorsqu'il en a besoin. Dans sa théorie, Bowlby décrit 4 styles d'attachement :

- **Secure** (*chez la majorité des enfants*) : un équilibre entre la recherche de proximité et l'exploration du monde est trouvé. L'enfant peut protester lors des séparations, accueillir le parent à son retour, rechercher activement sa proximité & demander à être reconforté.
- **Insecure-évitant** (*désactivation du système d'attachement*) : L'enfant est attaché bien qu'il semble peu affecté par la séparation (*stress intériorisé lors des séparations*), qu'il détourne son attention de la source de son angoisse, qu'il ait tendance à éviter le contact ou la proximité & qu'il agisse de la même façon avec tous.

- **Insecure-résistant/Ambivalent** (*hyper-activation du système d'attachement lors des séparations -- > colères, pleurs, détresse importante, agrippement excessif*) : Les réactions de l'enfant sont ambivalentes : il peut coexister une résistance au contact & une recherche de proximité. La figure d'attachement principale a souvent des difficultés à consoler l'enfant.
- **Insecure-désorganisé** (*cet attachement peut être exprimé envers un caregiver & pas un autre*): En présence du caregiver, les intentions de l'enfant ne sont pas claires & ses comportements sont désorganisés, interrompus ou étranges (*posture figée d'appréhension, effroi, interruption de ses comportements d'attachement, comportements de recherche de proximité et de fuite simultanés*). Face au stress, l'enfant est incapable de maintenir une stratégie cohérente et prévisible qui tienne compte des réponses habituelles du caregiver, source d'angoisse et d'alarme.

Dans son modèle, J. Bowlby adopte une perspective évolutionniste & souligne qu'il existe de multiples interactions réciproques entre ce système d'attachement et d'autres systèmes qu'il a pu décrire (*défense, motivationnel, séduction, etc.*). Selon cette théorie, si une figure d'attachement ne répond pas aux signaux de détresse de l'enfant, le système d'attachement se désactive tandis que le système de défense s'active par défaut même en l'absence de menace (*paradigme de la still face*).

Prise en charge

Diagnostiquer un trouble de l'attachement nécessite l'observation, à plusieurs reprises, des interactions de l'enfant avec sa/ses principale(s) figure(s) d'attachement et des adultes non-familiers (*ajustement tonico-postural, recherche de réconfort, regards, attention, etc.*). Il est important de s'entretenir avec les caregivers sur leurs vécus (*dépassé, fatigué, impuissance, etc.*), attitudes & inquiétudes. Le psychologue peut également être amené à multiplier ses sources d'information sur les antécédents & les comportements d'attachement de l'enfant dans différents contextes. Il est indispensable qu'il tienne compte de la culture dans laquelle est né et évolue l'enfant.

Prise en charge multidisciplinaire. Une prise en charge précoce est importante afin d'assurer le meilleur développement des compétences relationnelles et émotionnelles de l'enfant. Les accompagnants qui encadrent l'enfant ou ses parents doivent, au cours de la prise en charge, lui procurer un sentiment de sécurité et l'apaiser en créant une stabilité dans ses relations & son environnement quotidien (rituels). Le psychologue est particulièrement indiqué lorsqu'il existe un retrait relationnel de l'enfant ou lorsqu'il existe une psychopathologie psychiatrique parentale. Le suivi psychologique intègre des dimensions de **soutien** & de **psychoéducation**. Le psychologue informe sur les besoins d'attachement, les questions relatives à la sécurité de l'enfant & le cas échéant, sur la pathologie de ce dernier. Le plus souvent, les interactions parents-enfants sont filmées puis le psychologue reprend avec la famille les situations d'harmonie relationnelle et de rupture de sorte à corriger ces dernières situations. Pour un bébé ou un jeune enfant, la stimulation du toucher (*peau, bouche, langue*) et du sens vestibulaire (*corps-à-corps, massage, berceau, etc.*) peut être une technique proposée pour l'activation de la régulation émotionnelle (*Thérapie d'Intégration Sensorielle de Jean Ayres ou programme de Marte Meo*). Lorsque l'enfant est plus grand & selon le contexte, des techniques thérapeutiques comme l'EMDR, la MBSR ou un traitement pour un trouble de stress post-traumatique peuvent être plus adaptés.

TROUBLES LIÉS A UNE/DES EXPERIENCE(S) TRAUMATIQUE(S)

EXPERIENCE TRAUMATIQUE

Exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles
Exposition directe, en tant que témoin direct, en apprenant que ces expériences sont arrivées à un proche ou en étant exposé de manière répétée/extrême aux caractéristiques aversives du traumatisme (contexte professionnel)



ETAT DE STRESS AIGU

Symptômes pendant & jusqu'à 48h après l'évènement

Sidération, hyperactivité, fuite, panique, gestes stéréotypés, symptômes dissociatifs, décharge émotionnelle différée/tardive (pleurs, colère, agitation, vomissement, etc. ; lorsque le danger n'existe plus).



TROUBLE STRESS AIGU

Symptômes immédiatement après le traumatisme & persistant entre 3 jours et 1 mois.

- **Au moins 9 symptômes** cumulés parmi **1) les symptômes envahissants** (souvenirs répétitifs, involontaires ou rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse ; réactions dissociatives - flashbacks pouvant aller jusqu'à l'abolition de la conscience de l'environnement ; détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes), **2) l'humeur négative** persistante, **3) les symptômes dissociatifs** (altération de la perception, amnésie dissociative traumatique), **4) l'évitement** des stimuli internes (souvenirs, pensées, sentiments) ou externes (personnes, lieux, objets, situations) associés ou rappelant le traumatisme & **5) les symptômes d'éveil et de réactivité** (irritabilité/colère, hypervigilance, comportement irréfléchi/destructeur, réaction de sursaut exagérée, problème de concentration, perturbations du sommeil).
- **Souffrance** cliniquement significative OU **Altération du fonctionnement**
- Pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale



TROUBLE STRESS POST-TRAUMATIQUE (adultes, adolescents, enfants de +6ans)

Symptômes apparaissant dans les 3 premiers mois & persistants au moins 1 mois

- Au moins **1 symptôme envahissant**
 - **Evitement** persistant de stimuli internes ou externes associés au(x) traumatisme(s)
 - Au moins **2 altérations négatives des cognitions ou de l'humeur** (amnésie dissociative, croyances/attentes négatives persistantes & exagérées, blâme de soi ou d'autrui - distorsions cognitives, émoussement émotionnel négatif persistant, perte de l'intérêt & des plaisirs, sentiment de détachement d'autrui, impossibilité de ressentir un sentiment positif)
 - Au moins **2 altérations de l'éveil & de la réactivité**
 - **Souffrance** cliniquement significative OU **Altération du fonctionnement**
 - Pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale
- Spécifier si** « avec symptômes dissociatifs » (sentiment de dépersonnalisation ou déréalisation) & si à expression retardée (ensemble des critères apparu au moins 6 mois après l'évènement).

Selon les définitions du DSM-V

Les **flash-backs** sont des souvenirs intrusifs, brefs, difficilement contrôlables, récupérés en mémoire involontairement par la présence d'indices externes (environnement) ou internes (sensations corporelles) évoquant l'événement traumatique comme s'il était actuel (reviviscence de l'événement; charge émotionnelle, corporelle et perceptive importante). Ils peuvent être associés à une détresse prolongée ou à un hyper-éveil.

Trouble Stress Aigu

Précisions concernant la définition (DSM-V) :

- Les **reviviscences** de l'événement traumatique, spontanées ou déclenchées par des indices, peuvent avoir une dimension sensorielle (par ex., sensation chaleur), émotionnelle (par ex., peur) ou physiologique (par ex., essoufflement).
- Les **altérations de la conscience** incluent une dépersonnalisation, une sensation d'être détaché de soi, une déréalisation ou le fait d'avoir une vision déformée de son environnement (ralenti, état d'hébétude).
- Le **tableau clinique** peut ensuite varier selon les individus et selon les cultures : les symptômes au premier plan et les termes utilisés pour décrire les symptômes & émotions ne sont pas les mêmes pour tous.
- Les événements stressants qui ne comportent pas les caractéristiques sévères et traumatiques du critère A peuvent conduire à un diagnostic de **trouble de l'adaptation**.

Autres symptômes/observations possibles (DSM-V) :

- Pensées catastrophiques ou extrêmement négatives concernant son rôle dans l'événement traumatique, sa réponse à l'expérience traumatique ou la probabilité d'un malheur à venir.
- Interprétation catastrophique des symptômes
- Interprétation des flashbacks/de l'émoussement affectif comme une diminution des facultés psychiques.
- Attaques de panique fréquentes au cours du mois qui suit l'exposition au traumatisme.
- Impulsivité, prise de décisions irrationnelles ou addiction aux jeux.
- Sensibilité accrue concernant des menaces potentielles, liées ou non à l'expérience traumatique
- L'évitement peut se traduire par un retrait généralisé (situations perçues comme potentiellement menaçantes à rendez-vous médicaux manqués ou absentéisme au travail).
- Chez l'enfant : anxiété de séparation, besoin excessif d'attention.
- En cas de décès prématuré d'un proche, réaction aiguë de deuil (souvenirs intrusifs des circonstances de la mort de l'individu, refus de croire au décès ou sentiment de colère à l'égard de la mort).
- En cas de traumatisme crânien léger, possibilité de présenter des symptômes post-commotionnels (*céphalées, vertiges, sensibilité à la lumière et au bruit, irritabilité, déficits de concentration*).
- En cas de haut niveau d'anxiété, répercussions sur le sommeil, l'énergie et les capacités attentionnelles.

Prévalence : La prévalence varie selon la nature de l'événement, le contexte, la population & la culture dans lesquels il est évalué. Au niveau mondial, Entre 10 et 21% des personnes suite à un événement traumatique qui n'impliquent pas de violence interpersonnelle (accidents de voiture, traumatisme crânien léger, brûlures graves, accidents industriels) & entre 20 et 50 % après des événements traumatiques interpersonnels (par ex., agression, viol, guerre, assister à une fusillade de masse) (DSM-V). Selon les observations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 3,6% de la population mondiale présente un état de stress post-traumatique au cours de l'année. Parmi les cas présentant un trouble stress aigu, environ la moitié développent évoluent en PTSD & l'autre moitié observe une réduction progressive des symptômes (DSM-V).

Trouble de stress aigu chez l'enfant de 6 ans ou moins : expression des symptômes de reviviscence dans le jeu avec référence directe ou symbolique au traumatisme ; possibilité qu'aucune crainte ne soit manifestée au moment de l'exposition ou pendant une reviviscence ; nombreuses expressions émotionnelles (colère, honte, retrait, affects excessivement positifs) ; l'évitement peut être associé à une préoccupation vis-à-vis d'un aspect de l'expérience traumatique.

Facteurs de risque : antécédents de troubles psychiatriques, exposition à d'autres événements traumatiques, sexe féminin (*réponse au stress différente & probabilité plus élevée d'être exposée à des événements traumatiques*), exposition à un traumatisme perçue comme sévère, niveau élevé de névrosisme (*tendance persistante à l'expérience des émotions négatives*), réactivité exagérée au bruit antérieur à l'expérience traumatique, stratégie de coping adoptant un style évitant (*cf. fiche sur les stratégies de coping*) & tendance aux interprétations catastrophiques. (Crocq & Boehrer, 2018)

Prise en charge

Cf. lignes directrices recommandées par l'OMS (mhGAP, 2013) pour la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, du stress aigu et du deuil.

En cas de détresse aiguë à la suite d'un événement traumatique, la psychologie d'urgence peut être préconisée & des premiers secours psychologiques proposés, conformément aux **recommandations de l'OMS**.

Premiers secours psychologiques : 1) Se rendre disponible pour écouter la personne, sans pour autant la forcer à parler, à évaluer les besoins et les préoccupations ; 2) évaluer les besoins physiques fondamentaux & les facteurs de stress actuels ; 3) pallier à ces besoins dans la mesure du possible et envisager la prise en charge du stress ; 4) mobiliser un soutien social (famille, pairs, services sociaux, médias aux sources vérifiées) & protéger la personne de toute nouvelle expérience négative.

L'OMS recommande qu'**aucun débriefing psychologique** ne soit effectué, cette méthode pouvant exacerber les réactions et vécus émotionnels ou s'avérer pénible pour la victime. Le débriefing psychologique est un entretien structuré, mené au cours de la semaine qui suit l'événement traumatique, qui consiste à verbaliser sur l'expérience traumatique (émotions ressenties, contexte, ressources à disposition, etc.). L'objectif premier de cette verbalisation est de prévenir ou du moins diminuer l'apparition de troubles psychologiques. Cette pratique est controversée dans la mesure où les études débattent encore de son efficacité et l'effet obtenu est parfois contraire à celui escompté.

Suite aux premiers secours psychologique, le psychologue propose une **séance de psychoéducation** en renseignant la personne sur le stress aigu et en l'informant que, généralement, les symptômes s'amenuisent avec le temps et l'éloignement de l'expérience traumatique. Un **entretien un mois plus tard** servira à vérifier la diminution spontanée des symptômes ou s'il s'agit d'une évolution vers un PTSD. Entre temps, une **prise en charge psychologique** ayant pour fonction d'apporter un soutien psychologique et émotionnel peut être instaurée. Cette psychothérapie peut également s'intéresser à l'insomnie, l'énurésie, les troubles somatiques sans explication médicale (*hyperventilation, dissociation sensorimotrice, etc.*) parfois observés. Des outils issus des **thérapies cognitivo-thérapeutiques**, l'**EMDR** ou encore l'**hypnose** peuvent être utilisés.

D'un point de vue pharmacologique, la prescription de benzodiazépines n'est pas recommandée dans la mesure où cela pourrait allonger le temps nécessaire pour se remettre de l'événement traumatisant & une dépendance pourrait être développée. Toute prescription de psychotropes est également bannie. Des hypnotiques sont parfois prescrits afin d'atténuer l'anxiété et les troubles du sommeil. La prise en charge de ces troubles exclut toute médication par des psychotropes.

Trouble de Stress Post-Traumatique (PTSD)

- **Expression clinique du PTSD.** Selon l'individu, l'expression du PTSD peut varier tant par l'intensité des symptômes que par les symptômes identifiés comme étant au premier plan (*anxiété majeure, modification de l'humeur, hyperéveil, symptômes dissociatifs, etc.*).
- **Chez l'enfant de moins de 6 ans.** Sentiment de détresse non-systématique. Symptômes s'exprimés par le jeu. Altération du comportement scolaire ou des relations possible.
- **Durée des symptômes.** Variable. Rétablissement complet à 3 mois chez près de 50% des adultes. Certains individus peuvent présenter des symptômes pendant plusieurs années, voire des décennies (*Goenjian & al., 2020*), s'ils ne sont pas pris en charge.
- **Biais cognitifs.** Attention sélective vers la menace; Biais d'interprétation dans l'évaluation cognitive de la situation; Effet paradoxal de l'évitement (effet de l'ours blanc) ; Style cognitif (sur-généralisation, résilience); Croyances (sur-responsabilisation). Ces biais cognitifs participent à l'installation d'un cercle vicieux, qui majore l'expression du PTSD et les émotions associées.
- **Activations neurologiques.** Une diminution de l'activation dans le cortex préfrontal médian a été observé chez les personnes souffrant d'un PTSD, en comparaison avec un groupe contrôle, lors de la visualisation de scripts anxiogènes (*Dahlgren & al., 2017*).
- **Prévalence.** En Europe, le PTSD concerne entre 0,5% & 1,0 % de la population. La prévalence et l'expression clinique du PTSD varient selon les groupes socio-culturels, l'âge de survenue, la profession ou le contexte socioculturel considérés.
- **Comorbidité** (80% des cas). Adultes : Anxiété, Dépression (PTSD <=> ruminations, idéation suicidaire & tentatives de suicide), TOCs (sévérité <=> exposition traumatique), Bipolarité, Troubles addictifs. Jeunes enfants: trouble oppositionnel avec provocation et anxiété de séparation & troubles neurocognitifs. Personnes âgées: symptômes majorés par une altération du fonctionnement cognitif et l'isolement social (Thorp et al., 2011, cités dans le DSM-V).
- **Facteurs de risque.**
 - **Pré-traumatiques** : genre (*femme > homme*), âge, exposition antérieure à des événements traumatiques (*maltraitance, abus sexuel, décès d'un parent, etc.*), pathologie de l'anxiété, TOCs, trouble dépressif, niveau socio-économique bas, dysfonctionnement familial, antécédents familiaux psychiatriques, stratégies de coping inadaptées (*cf. fiche*), stress dans la vie quotidienne & niveau d'efficacité intellectuel bas.
 - **Péri-traumatiques** : sévérité du traumatisme, événement en soi (*viol, combat militaire, captivité & génocide*), menace pour la vie perçue, survenue/persistance d'une dissociation, blessures physiques, violence interpersonnelle (*chez l'enfant : être témoin d'une menace faite à un parent*), être militaire (*auteur de violences ou témoin d'atrocités*), contexte socio-culturel.
 - Post-traumatique : évaluation négative de l'information, stratégies de coping inadaptée (*cf. fiche*), exposition à des rappels répétés de forte intensité émotionnelle, pertes en lien avec le traumatisme & événements de vie ultérieurs défavorables.
- **Facteur de protection.** Soutien social perçu et effectif.
- **Modèle explicatif du PTSD** (Royal College of Psychiatrists): Le stress procuré par l'événement traumatique induit une production extrême d'adrénaline, ce qui vient perturbé le traitement de l'information par l'hippocampe, responsable de la mémorisation. L'événement ne peut pas être traité en mémoire, ce qui conduit à sa répétition (flash-back) avec sa composante émotionnelle restée à l'état brut.

- **Comportement chez l'enfant & l'adolescent.** Un comportement évitant peut être associé à une réduction du jeu, du comportement exploratoire ou de la participation à de nouvelles activités chez les enfants & chez les adolescents, à une réticence à poursuivre des opportunités d'épanouissement, à un sentiment d'être lâche ou socialement indésirables ou à une perte de leurs ambitions pour le futur. Les enfants ou adolescents peuvent devenir irritables ou agressifs, ce qui a des répercussions sur leurs relations avec leurs pairs ou sur le comportement scolaire & incite parfois à la recherche de sensations ou à des comportements à haut risque.

Prise en charge

Il est recommandé que la prise en charge psychothérapeutique se déroule auprès d'un spécialiste du PTSD. L'installation d'une relation de confiance entre le thérapeute et le patient (alliance thérapeutique) est essentielle à la réussite de la prise en charge.

La psychothérapie a pour objectif principal de **réduire l'intensité émotionnelle du souvenir traumatique** à un niveau acceptable pour que la personne ne se sente plus dépassée par les émotions de peur ou d'angoisse. Ainsi, le souvenir sera traité par le cerveau comme tout autre souvenir épisodique et tout comportement d'évitement cessera.

Le plus souvent, il s'agit d'une **thérapie cognitivo-comportementale**, qui se concentre essentiellement sur les schémas de pensées actuels, les biais cognitifs et les comportements qui en découlent. La prise en charge nécessite généralement entre 8 et 12 semaines de prise en charge à hauteur d'une séance de 60 à 90 min. par semaine minimum.

- La **narration & l'exposition prolongée** peuvent être utilisées pour donner du sens au souvenir traumatique. Cet aspect de la thérapie consiste à compléter le souvenir traumatique partiellement accessible en mémoire explicite en apportant des informations oubliées ou évitées.
- Pour prévenir le risque de nouveaux flash-back, la **reconsolidation mnésique** est conseillée. Elle consiste à saturer les ressources visuo-spatiales (e.g., en jouant à *Tetris*) pendant que la personne relate l'événement traumatique.
- Adopter des **stratégies de coping** adaptées pour une meilleure régulation émotionnelle et si la personne présente des symptômes dépressifs.
- L'**EMDR** a démontré sa pertinence comme outil thérapeutique dans la prise en charge des PTSD.
- La **MBSR** (cf. fiche) et la **méditation** peuvent être utilisées afin d'apprendre à se centrer sur le moment présent et ses sensations corporelles (méditation, mindfulness).

D'autres techniques thérapeutiques (*PNL, sophrologie, hypnose, etc.* - cf. fiches) ou des thérapies de groupe peuvent être complémentaires.

Si les symptômes du PTSD sont trop intenses, si l'anxiété est trop grande ou si les difficultés à réguler les émotions ou pensées négatives inhérentes à la dépression sont trop importantes, un **traitement pharmacologique** (antidépresseur, anxiolytique) peut être prescrit dans un second temps.

TROUBLE DE L'ADAPTATION

Trouble de l'adaptation - DSM-V

- Survenue dans les 3 mois de symptômes émotionnels (humeur dépressive, anxiété) ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress.
- Présence d'au moins un éléments parmi :
 - Détresse disproportionnée par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels.
 - Altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Ne correspond pas à un autre trouble mental & n'est pas une exacerbation d'un trouble mental pré-existant.
- Symptômes différents de ceux d'un deuil normal (*intensité, qualité & persistance des réactions de chagrin excédant ce qui peut être normalement attendu, selon les normes culturelles, religieuses ou adaptées à l'âge*).
- Symptômes ne persistant pas 6 mois après la fin du facteur de stress & de ses conséquences.

Spécifier le type

- Avec **humeur dépressive** (*baisse de l'humeur, larmoiement, sentiment de désespoir*).
- Avec **anxiété** (*nervosité, inquiétude, énervement, anxiété de séparation*).
- **Mixte avec anxiété et humeur dépressive** (*dépression & anxiété au premier plan*)
- Avec **perturbation des conduites**
- Avec perturbation **mixte des émotions et des conduites** (*symptômes émotionnels – dépression, anxiété, etc. – & perturbation des conduites au premier plan*)
- **Non-spécifié** (Réactions inadaptées non-classables)

Autres informations

- Les symptômes décrits sont parfois accompagnés d'un **sentiment d'impossibilité** à faire face, à faire des projets ou à continuer dans la situation actuelle.
- **Facteurs de stress**: deuil, rupture, immigration, difficultés financières, problèmes conjugaux, douleurs chroniques, déménagement, naissance, mariage, échec professionnel, scolarisation, invalidité, chômage, menace de mort, conflits, tentative de suicide, maladie d'un proche, etc.
- Le trouble d'adaptation est souvent diagnostiqué comme un **épisode dépressif majeur** (Zelviene & al., 2018)
- **Prévalence**: 2% de la population générale (O'Donnell & al., 2019). Entre 5 et 59% des patients traités en ambulatoire (cancer, trouble psychiatrique, etc.) présentent un trouble de l'adaptation (O'Donnell & al., 2019 ; DSM-V).
- Les troubles de l'adaptation sont associés à un risque accru de **tentatives de suicide** et de **suicide** (DSM-V, Fegan & Doherty, 2019) : 2 à 10% des personnes souffrant d'un trouble de l'adaptation font une tentative de suicide. Ils peuvent également compliquer l'évolution et le suivi de pathologies médicales générales (diminution du suivi au traitement médical, augmentation de la durée d'un séjour hospitalier, etc.).
- **Facteurs de risque**: événements stressants, sexe féminin (*uniquement chez l'adulte*) & affections somatiques (*cancers, douleurs chroniques, etc.*).

- **Comorbidités:** Les troubles de l'adaptation peuvent accompagner des troubles mentaux et affections médicales (*trouble obsessionnel-compulsif, trouble dépressif, trouble bipolaire, troubles liés à l'usage de substances addictives, trouble la personnalité; DSM-V*). Selon O'Donnell & al. (2019), les personnes présentant un trouble de l'adaptation ont un risque de développer un trouble dépressif ou un trouble anxieux multiplié par deux.
- **Chez les adolescents,** la spécification "avec perturbation des conduites" est plus fréquente (*medg.fr*) & le risque de présenter un trouble de la personnalité plus élevé (*Fegan & Doherty, 2019*).

Prise en charge

- **Evaluation:** La recherche concernant le trouble de l'adaptation étant encore peu développée, peu d'outils d'évaluation sont validés empiriquement. Toutefois, Cornelius et al. (2014) ont créé une grille d'entretien (*Diagnostic Interview for Adjustment Disorder - DIAD; 29 questions portant sur les stress vécus, leur récurrence, les symptômes et la détresse occasionnée*) qui aide au diagnostic bien qu'elle nécessite d'être davantage testée en milieu clinique.
- Dans un premier temps, il est essentiel d'**identifier la situation à l'origine** du stress afin de la modifier ou d'instaurer des stratégies de résolution de problème.
- La **prise en charge** consiste essentiellement en une psychothérapie. Bien qu'il semblerait que les prises en charge adaptées au PTSD soient privilégiées par les professionnels (*TCC, EMDR, etc.*), les recherches actuelles tendent à démontrer qu'il n'existe pas de type de prise en charge psychologique plus adapté qu'un autre (*O'Donnell, 2019; Zelviene & al., 2018*). L'essentiel semble être d'apporter un soutien moral, une écoute attentive, sans jugement et avec bienveillance. Malgré tout, plusieurs équipes se sont attachés à développer des outils et programmes d'intervention spécifiques au trouble de l'adaptation, encore en cours d'expérimentation (*Skills for Life Adjustment and Resilience - SOLAR, O'Donnell, 2018; Therapy Program for Adjustment Disorder - TAPS, Reschke & Teichmann, 2008; Brief Adjustment Disorder Intervention - BADI, Skruibis et al., 2016*).
- Le plus souvent, les troubles de l'adaptation ne nécessitent pas de **traitement pharmacologique**. Cependant, en cas d'anxiété ou d'insomnie invalidante, des anxiolytiques ou hypnotiques peuvent être prescrits (*mg-psy.org, medg.fr*)
- Une **hospitalisation** peut être requise en cas de crise suicidaire.

FICHES COMPLÉMENTAIRES

- **Stratégies de coping** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Articles/Psycho-cognitive/StrategiesCoping.png>
- **Pathologies de l'anxiété** : https://www.psyintegrative.fr/images/Pathologies/Schemas_Anxiete.pdf
- **Troubles dépressifs** : https://www.psyintegrative.fr/images/Pathologies/Schemas_Depression.pdf
- **Troubles addictifs** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Pathologies/Addictions.pdf>
- **TOCs** : https://www.psyintegrative.fr/images/Pathologies/Schemas_TOCs.pdf
- **EMDR** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Techniques/EMDR.pdf>
- **MBCT** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Techniques/Mindfulness.pdf>
- **PNL** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Techniques/PNL.pdf>
- **Hypnose** : <https://www.psyintegrative.fr/images/Techniques/Hypnotherapie.pdf>

SOURCES

- American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V).
- Recommandations de l'OMS pour la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112734/9789242505931_fre.pdf?sequence=1

Troubles de l'attachement

- <https://www.enfantsneocanadiens.ca/mental-health/attachment-disorders>
- https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
- <http://biblio.uqar.ca/archives/30162992.pdf>
- <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cepuspp-morisod-30aout2018.pdf>
- Bonneville-Baruchel. (2018). Troubles de l'attachement et de la relation intersubjective chez l'enfant maltraité. *Carnet de notes sur les maltraitements infantiles*, 1(7), pp. 6-28. <https://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitements-infantiles-2018-1-page-6.htm>
- Rygaard. (?). Développement du trouble de l'attachement sévère et thérapie depuis la petite enfance jusqu'à la puberté. <http://petalesinternational.org/documents/Docs/1RygaardDeveloppementduTA.pdf>
- https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/le_developpement_psychique_du_nourrisson_pour_pwp.pdf
- <https://www.ifemdr.fr/psychotherapie-inspiree-de-la-theorie-de-lattachement/>

Trouble de stress aigu

- <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article167>
- Crocq & Boehrer. (2018). *Les Troubles Liés Aux Traumatismes Et Aux Facteurs de Stress: Le Guide Du Clinicien*. Ed. Elsevier Health Sciences
- <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psihiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/trouble-de-stress-aigu>
- https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/fr/

Stress post-traumatique - PTSD

- <https://presse.inserm.fr/stress-post-traumatique-nouvelles-pistes-pour-comprendre-la-resilience-au-trauma/38240/>
- <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-traumatic-stress-disorder>
- G.Ceschi & M. Van Der Linden. (2016). *Cours de Psychopathologie cognitive*.
- Pugach, Campbell & Wisco. (2019). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *J. Clin. Psychol.*, pp. 1- 18.
- Goenjian, Steinberg, Walling, Bishop, Karayan, & Pynoos. (2020). 25-year follow-up of treated and not-treated adolescents after the Spitak earthquake: Course and predictors of PTSD and depression. *Psychological Medicine*, pp. 1-13.
- Dahlgren & al. (2018). Diminished medial prefrontal cortex activation during the recollection of stressful events is an acquired characteristic of PTSD. *Psychological Medicine*, 48(7), 1128-1138.



Trouble de l'adaptation

- <https://www.medg.fr/trouble-de-ladaptation/>
- http://www.chu-rouen.fr/page/detail/fr/ICD_SC_F432
- <http://www.mg-psy.org/php/troubles-courants/traiter-troubles-f43.php>
- <http://www.platfomepsylux.be/troubles-et-maladies/troubles-de-ladaptation/>
- Fegan, J., & Doherty, A. M. (2019). Adjustment Disorder and Suicidal Behaviours Presenting in the General Medical Setting: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 29-67.
- Zelviene, P., & Kazlauskas, E. (2018). Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, 375-381.
- O'Donnell, M. L., Agathos, J. A., Metcalf, O., Gibson, K., & Lau, W. (2019). Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2537.
- Maercker, A., & Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S3-S13.

