

« La clinique du psycho-traumatisme face aux défis sociaux contemporains »

Dr Maria Vittoria CARLIN

PH GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences,
Psychiatre, sexologue et psychothérapeute EMDR

Une reflexion sur les étiquettes sociales et diagnostiques...

- Personnes accompagnées/ patients vs corps medico-psycho-social
- L'aide du décentrage anthropologique

Mes «migrations»/ vie « d'expatriée »



- Bénévole MDM puis missions MSF et MDM
- DU Santé mentale en situation de catastrophes et violence politique
- DU Psychopathologie et psychotraumatisme
- Formation EMDR/NET
- Travail Minkowska puis CAPSYS

Migration vs Exil

Bien que différents – la migration et l'exil –, l'un évoquant davantage la mise en acte des **scènes fantasmatiques** et l'autre, le **traumatisme** : la recherche désirante du « je m'en vais » contre le mandat terrorisant du « tu t'en vas (ou tu meurs) » ils sont les deux **promoteurs d'un processus d'acculturation** dans le pays d'accueil.



Migration « économique »



Bilal, Sur la route des clandestins
[Fabrizio Gatti](#)

Choix vs imposition... Mais,
Est-il toujours vrai ?

**« Partir c'est risquer de
n'être plus. »**

(Ari Gounongbé)



Il reviendra soit avec l'argent, soit

5

Exil

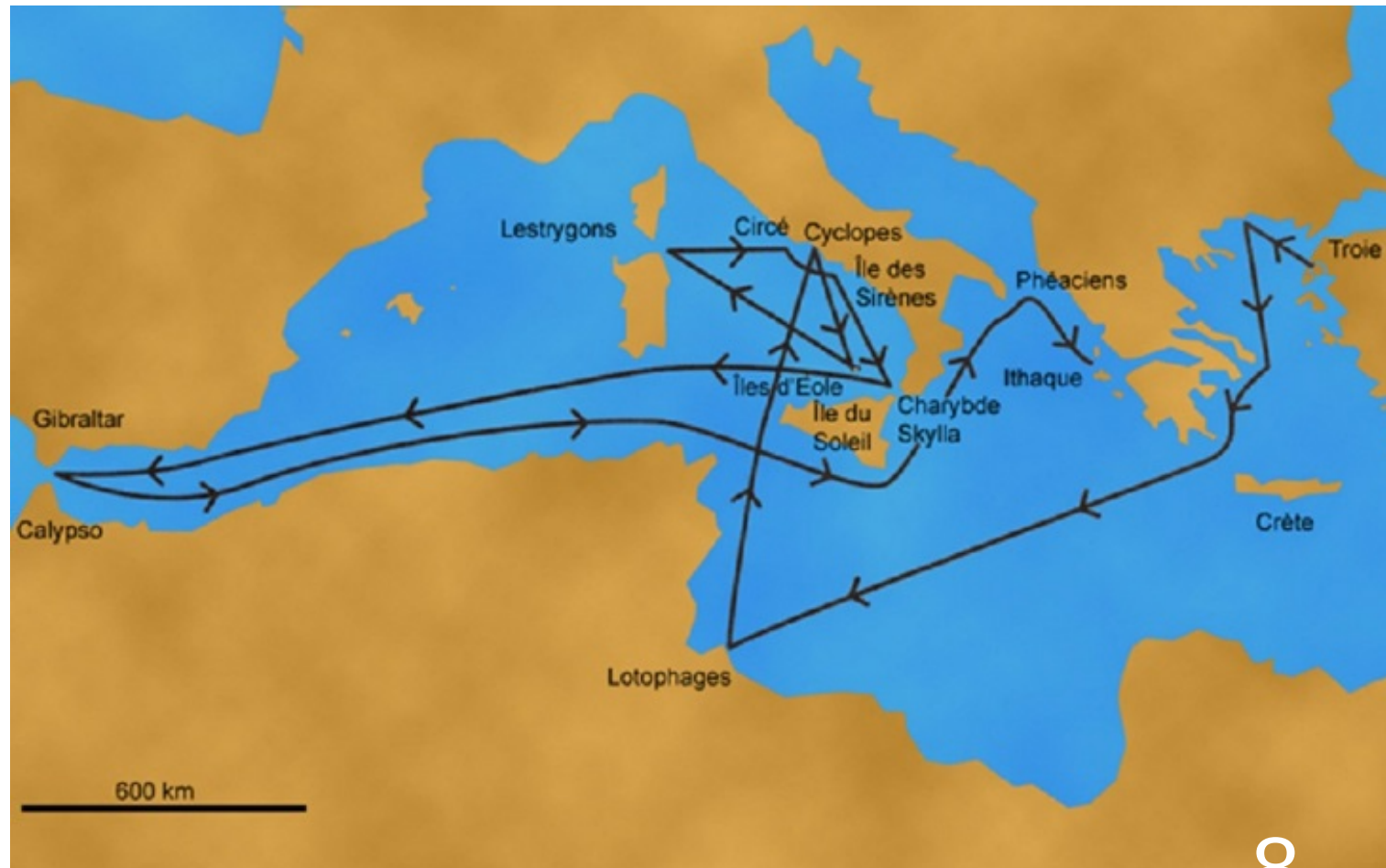


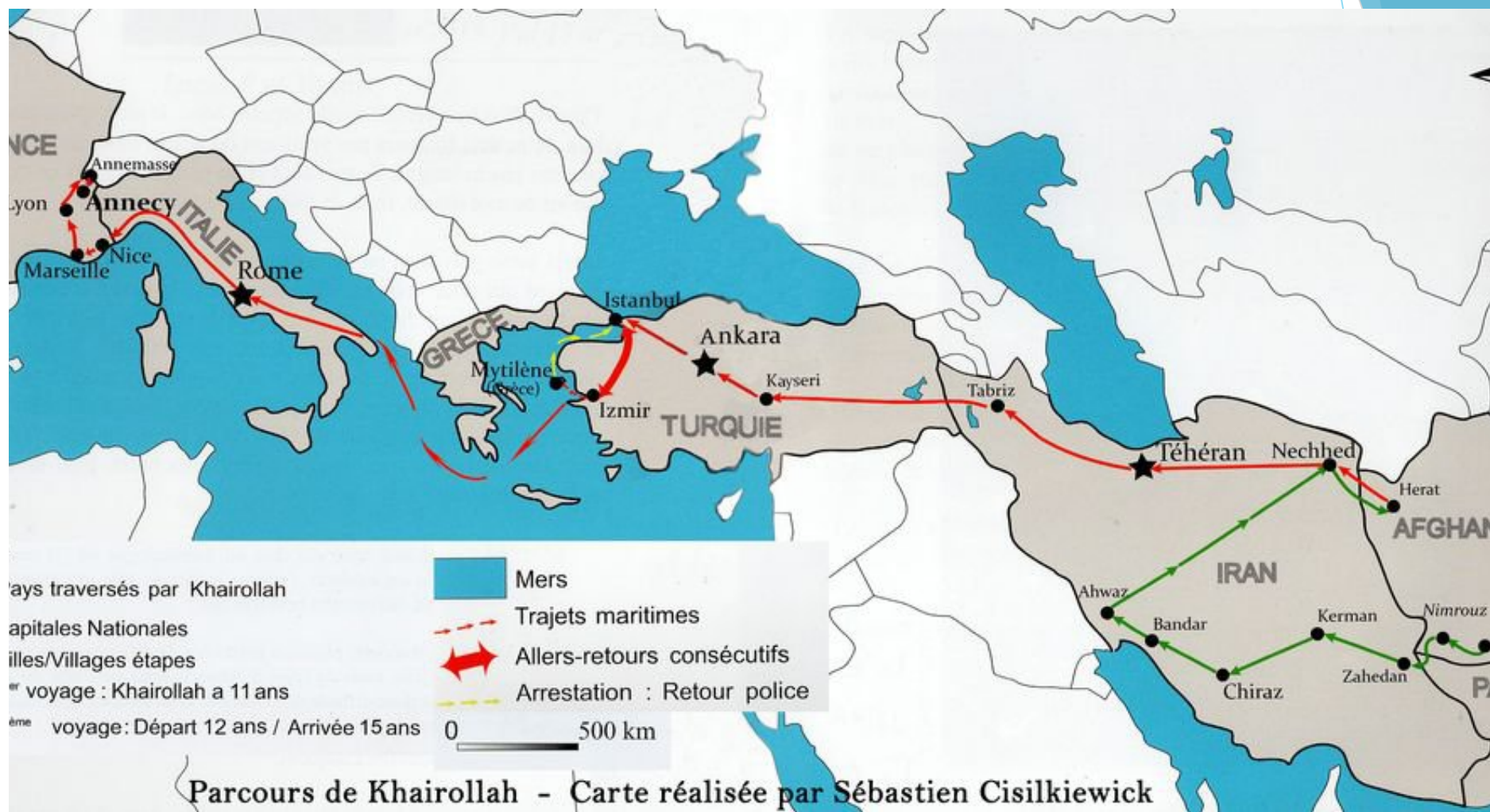
Za'atari Refugee Camp, Jordan, 2014

Campement de « migrants »



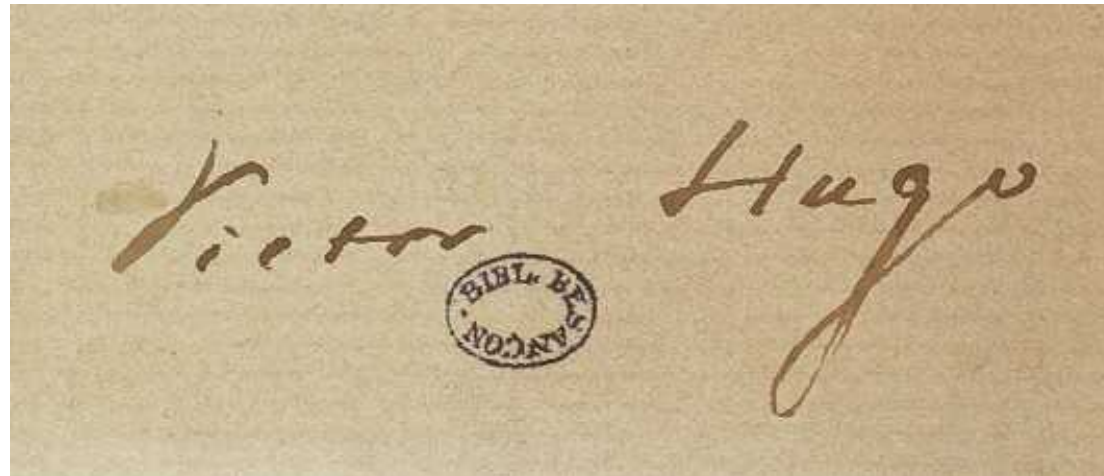
Un migrant/exilé « célèbre »





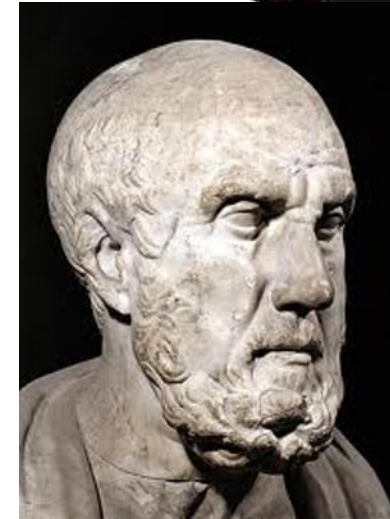
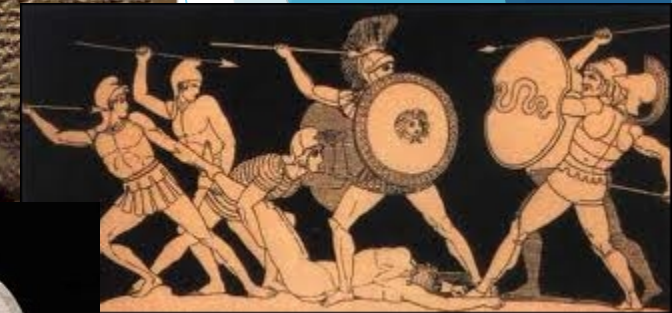
<https://vimeo.com/184692647>

- “Vie pauvre, exil, mais liberté. Mal logé, mal couché, mal nourri. Qu'importe que le corps soit à l'étroit pourvu que l'esprit soit au large !” **Victor Hugo**
(Choses vues, à la date du 14 mars 1852)



Histoire (I)

- L'épopée de Gilgamesh (2000 av J.C.), où Gilgamesh, roi d'Ouruk, témoin de l'agonie de son compagnon éprouve d'abord un sentiment de désespoir puis par la suite souffre d'une récurrence de souvenirs douloureux.
- Dans l'Illiade d'Homère (900 av J.C.) exposition à l'horreur et à la cruauté des combats fait apparaître par la suite chez les combattants des réactions aiguës de stupeur, d'hébétéude et des troubles du sommeil.
- Dans le domaine médical, Hippocrate (400 av J.C.) détaillait dans son Traité des songes, des rêves traumatiques qui affectaient particulièrement les soldats (ils se voyaient combattre dans ces rêves récurrents).



Histoire (II)

- Le jeune roi Charles IX, au lendemain du massacre de la Saint Barthélémy, dont il fut témoin en 1572, décrit à son chirurgien la présence d'hallucinations et des cauchemars terrifiants:

« *Ambroise, je ne sais ce qui m'est survenu depuis deux ou trois jours, mais je me sens l'esprit et le corps tout aussi émus que si j'avais de la fièvre. Il me semble à tout moment, aussi bien veillant que dormant, que ces corps massacrés se présentent à moi, les faces hideuses et couvertes de sang* »

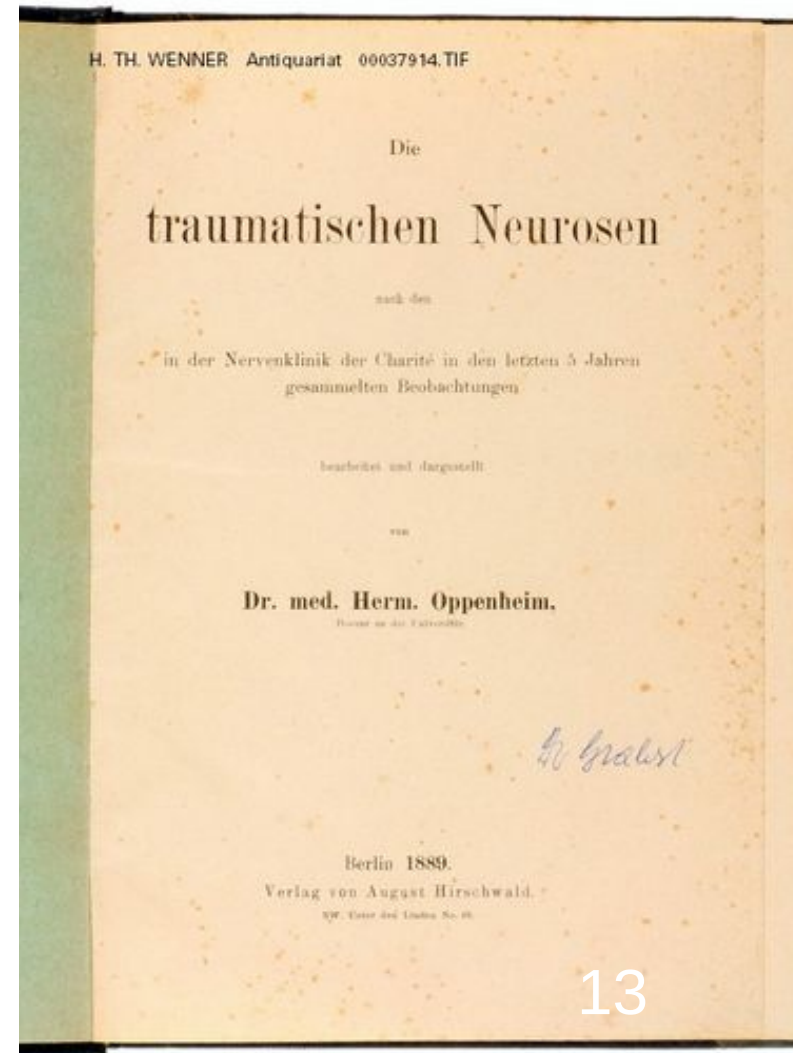


Névrose traumatique - H. Oppenheim

En 1888, l'Allemand Hermann Oppenheim,
Au sujet des accidents de chemin de fer, décrit
sous le nom de **nevrose traumatique**
une entité clinique autonome comprenant:

- Le souvenir obsédant de l'accident
- Agitation pendant le sommeil, cauchemars
- Phobie du chemin de fer
- Labilité émotionnelle

Il impute ce trouble à l'**effroi** (Schreck), "*qui
provoque un ebranlement physique tellement
intense qu'il ne résulte une altération psychique
durable.*"



L'hystéro-neurasthénie après émotion morale - Jean-Martin CHARCOT (I)



L'hystéro-neurasthénie après émotion morale -

Jean-Martin CHARCOT (II)

Vol. CIX., No. 10.]

BOSTON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

217

Original Articles.

RECENT INVESTIGATIONS INTO THE PATHOLOGY OF SO-CALLED CONCUSSION OF THE SPINE.

WITH CASES ILLUSTRATING THE IMPORTANCE OF SEEKING FOR EVIDENCES OF TYPICAL HYSTERIA IN THE CHRONIC AS WELL AS IN THE ACUTE STAGES OF THE DISEASE.

BY JAMES J. PUTNAM, M. D.

THERE are few kinds of disease with regard to which the interpretation of evidence is of so much importance as compared with the simple accumulation of evidence as in the case of the so-called concussion of the spine.

A man is bruised and shaken up by a severe fall or the jar of a railway collision. When we see him his limbs may appear to be more or less completely paralyzed, or he complains of extreme pain which is aggravated by the slightest motion, while his expression of distress proclaims him to be a very sick man, and excites our anxiety and our sympathy in his behalf. By what signs can we discover whether he is really suffering from a serious, if not incurable, affection of the nervous centres, to which many of the symptoms point, or whether his case is one of those which are susceptible of considerable and even rapid improvement, especially after the conclusion of legal complications? This question is often hard enough to answer, and the difficulty is still greater if the patient has recovered from the immediate effects of the injury so that we have only his own word to vouch for the reality of his complaints.

Fortunately, it seems to be becoming more and more apparent that the real difficulty in the way of diagnosis lies not so much in the obscurity of these cases themselves as in the fact that the greater part of them belong to a type of disease which has not until of late years been intimately studied. The profession has not even yet generally agreed upon such a classification of symptoms as would enable us to separate the essential from the non-essential, the serious from the trivial, and the appearance of suffering presented by the patients is sometimes so impressive that the temptation is too strong to be resisted to judge each case on what we conceive at the moment to be its true merits instead of trying to refer it to some relatively familiar class of diseases, and reasoning about it as from the greater to

worth while to recognise occasionally that as a diagnosis it has no real meaning. In spite of all the attention which has been given to the subject we know of no pathological state of the spinal cord to which the name of concussion could properly be applied, and it is evident that some at least of the symptoms usually designated by it can be grouped under other headings.

The interesting paper read before this Society by Dr. Hodges in January, 1881, was a move toward the adoption of a more rational classification, and our lines can now be pushed out a little further. Whereas Erichsen uses the expression "spinal concussion" almost indiscriminately for the cases of organic and those of functional character, Dr. Hodges thinks that the former can and should be separated from the latter, and designated by their proper pathological name, as myelitis, meningitis, etc., which at once invests them with a clinical history and prognosis on which we can reckon.

Still more recent investigations to which I shall refer, limit very materially the part played by organic disease, showing that it is of the very rarest occurrence in cases of injury from simple jar. At the same time it can, I think, be made probable that the group of functional cases is capable of further classification, and that some of them at least can be proved beyond the possibility of deception to be examples of that important neurosis which is called hysteria, a term which, thanks to the labors of Charcot and his pupils, has vastly outgrown its old and vague meaning, and is constantly acquiring a more precise and practical significance. The term "concussion of the spine" is even more conspicuously a misnomer from the fact that it calls away the attention from the more recent investigations into the real pathology of the affection at stake.

Thus it is probable that in the production of many of the hysteroid symptoms it is a disturbance of cerebral rather than of spinal functions which is at fault, and it has been plausibly suggested that both spinal cord and brain suffer for the most part only secondarily, as a result of changes in blood pressure, which in their turn are due to the concussion of the great abdominal organs with their nerves and ganglia.

Within the past year an exceedingly valuable book has appeared, by Mr. Herbert Page, surgeon to the London and Northwest Railway, in which a thorough and critical analysis is made of the literature of the subject, and 250 new cases are reported in tabular form out of a much larger number which the author has observed in support of the conclusions which he draws.

Dans ces Leçons du Mardi à la Salpêtrière (1884-1893) il analyse aussi les accidents du chemin de fer (Railway brain/ Railway spine de Putnam et Walton) et il récuse l'existence de la « **nevrose traumatique** » et il définit ces tableaux cliniques comme hystérie, neurasthénie ou **hystéro-neurasthénie**.

L'hystéro-neurasthénie après émotion morale - Jean-Martin CHARCOT (III)

● Hystéro-neurasthénie après choc nerveux:

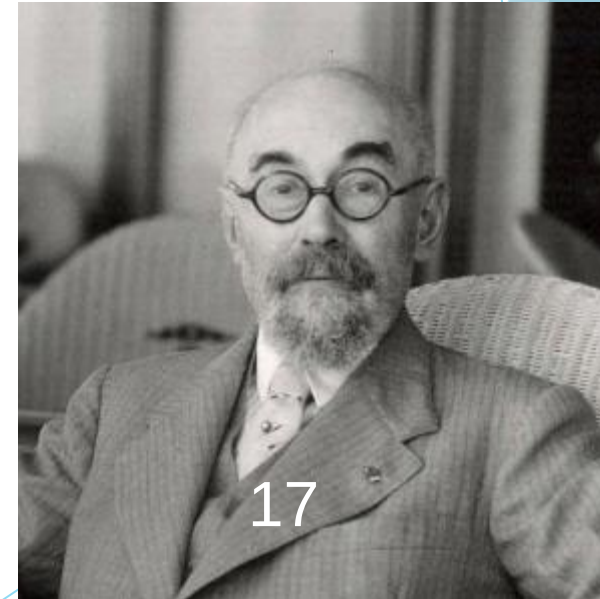
« *Le fourgon ou il se trouvait a été broyé par une locomotive...Contusionné, perte de connaissance, puis amnésie de l'accident et amnésie de toute une période précédant l'accident...Vingt-cinq jours sans malaise, se croit "quitte pour la peur"*.

Puis : Asthénie, sursaut au bruit, vertiges, impression de tête vide et rêves terrifiants...Rétrécissement du champ visuel et attaques hystériques déclenchées par des stimuli évoquant l'accident »

(Leçons du Mardi, 1888)

L'automatisme psychologique - Pierre JANET

- Après un choc émotionnel, la souvenance brute de l'événement, ou l'idée fixe (sensations, images, sursauts, gestes élémentaires, etc), fait bande à part dans un recoin du sub-conscient, oublié de la conscience vigile, et s'y comporte comme un corps étranger, un parasite, non assimilé, inspirant des reviviscences (sensations, images, revécus, gestes élémentaires) automatiques, non élaborées, tandis que le reste de la conscience continue d'inspirer des pensées et des actions élaborées et circonstanciées).
- Il y a dissociation de la conscience: conscience vigile vs subconscient.
- Les idées fixes ne sont pas assimilées parce qu'elles n'ont pas été reprises, travaillées, par le langage.



Les névroses traumatiques

- Jean CROCQ

- En 1896 le belge Jean CROCQ reprend le vocable de « névrose traumatique », au sujet des syndromes mentaux post-accident. Il distingue d'une part les « névroses traumatiques graves » avec commotion et lésions organiques probables, et d'autre part les « **névroses traumatiques pures** », fonctionnelles, dues à la seule frayeur.

Obs. n.XXIII: « *Dix jours après l'accident de chemin de fer de Groenendael, où il n'a pas été blessé ni contusionné, B. commence à présenter des secousses spasmodiques du bras gauche, du tremblement de la main droite et il se plaint de céphalées, de palpitations et de cauchemars où il revoit l'accident... »*

Fin du XIXème siècle : vers une étiologie psychogénique

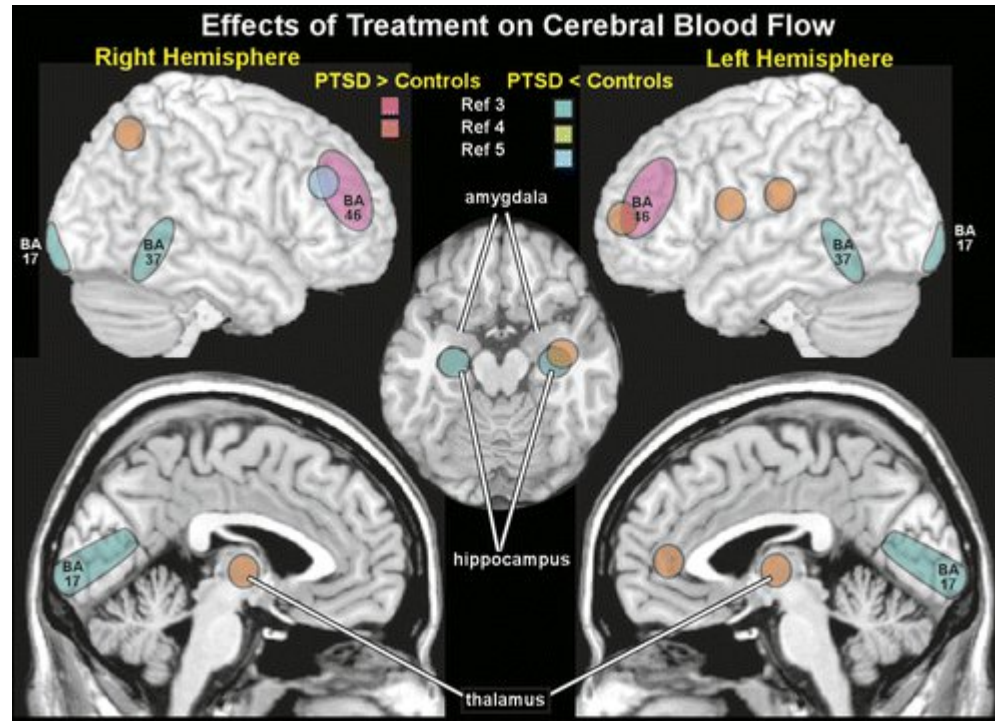
- Janet: selon lui l'hystérie, bien que survienne sur des constitutions prédisposées, est consécutive à un **évènement traumatisant**. Les troubles sont souvent inconnus du malade ✉ accessibles par hypnose.



Janet est le premier à avoir développé les **bases toujours actuelles de la thérapie psychodynamique des sujets psycho-traumatisés**:

- Faire accéder l'évènement traumatique à la conscience (hypnose)
- Soutenir son élaboration par la parole
- Susciter la purgation des émotions y attachées (abréaction)
- Promouvoir l'intégration du souvenir à la conscience.

Neuroimaging PTSD



Although there is much still to be learned, the evidence to date indicates that both compensatory processes and normalization of function may occur during recovery from PTSD

Psychotherapy for PTSD: Neuroimaging of Recovery Processes

[Heidi J. Erickson](#) et al,

Published Online: 1 Jul

2014 <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.260301>

Stress et Trauma selon Lebigot

FIGURE 1
L'appareil psychique

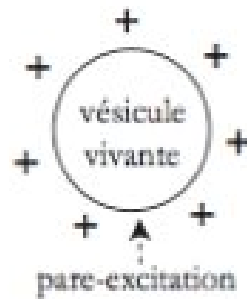


FIGURE 2
Le stress

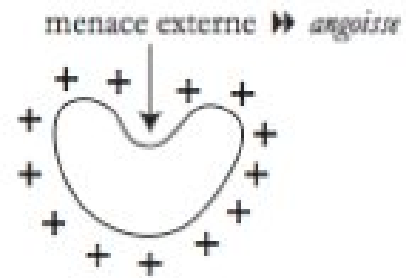


FIGURE 3
Le trauma

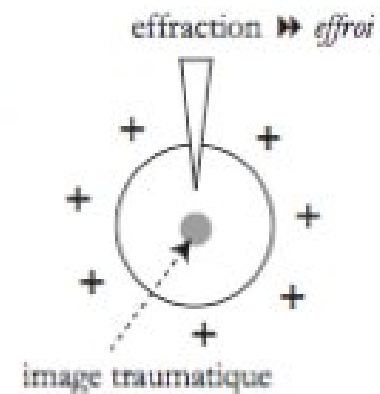


FIGURE 4
Le stress post-traumatique



Événement traumatique $\neq$ psychotraumatisme

Victimes d'événements traumatiques (ET)

+/-
Symptômes
aigus

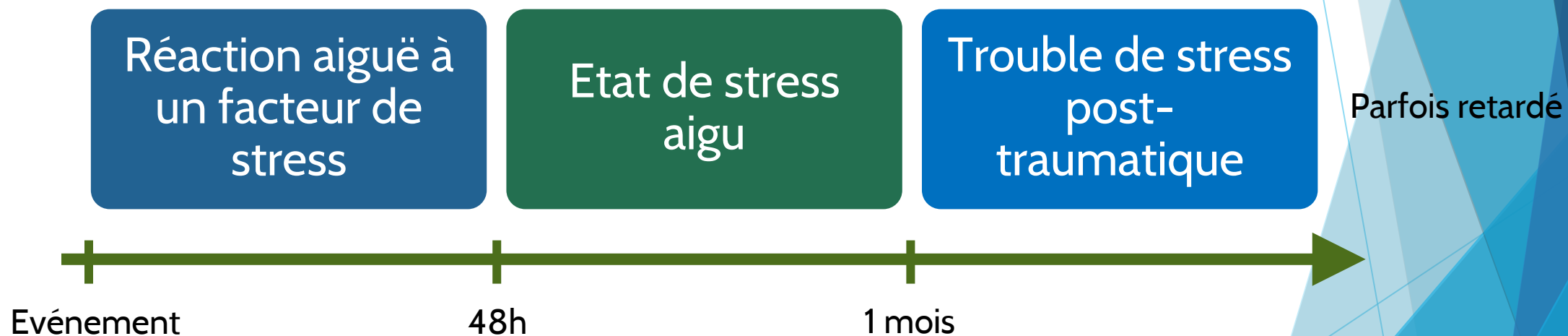
Troubles psychiatriques secondaires à l'ET,
dont :

Psychotraumatismes :

- Trouble de stress post-traumatique
- Trauma complexe

Autres :
dépression,
troubles
anxieux...

Chronologie des symptômes post-traumatiques



Critères diagnostiques du TSPT

1. Événement
traumatique

2. Syndrome
de répétition

3. Evitements

4. Hyper-
réactivité

5. Pensées et
émotions
négatives

Critères DSM 5

- A : **Événement** (le trauma)
- B : Syndrome de répétition -Intrusion
- C : Evitement
- D : Altérations cognitives et de l'humeur
- E : Augmentation de la réactivité -hypervigilance
- F : Au moins un mois
- G : Retentissement

Selon le DSM 5, ESPT

Critère A « ce qui fait trauma » : Exposition à un événement ou à une **menace** concernant la **mort**, des **blessures graves** ou des **violences sexuelles** de l'une de ces façons :

- Faire l'expérience de l'événement
 - En être témoin, alors que ça arrive à des tiers
 - Apprendre que c'est arrivé à un très proche (violence ou accident)
 - Etre exposé de manière répétée à des détails aversifs (sauf images -sauf exposition professionnelle-)
-
- SEULEMENT CES EVENEMENTS PEUVENT FAIRE POSER LE DIAGNOSTIQUE

Critère B: Syndrome de répétition/intrusion

- Caractéristique
- Reviviscence = même détresse
- Immédiat ou différé
- Transitoire ou chronique
- Différentes formes:
 - Intrusions (récurrentes, involontaires, perturbantes)
 - Cauchemars traumatiques
 - Réactions dissociatives (flash-backs, actions « comme si »)
 - Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices de l'évènement traumatique
- AU MOINS 1

Critère C: Evitement

- Le patient cherche à éviter tout ce qui pourrait réactiver des souvenirs de l'événement
 - Lieux
 - Situations
 - Personnes
 - Pensées
 - Emotions
- AU MOINS 1

Critère D: Altérations cognitives et de l'humeur

- Problèmes de mémoire
 - Pensées négatives sur soi et sur le monde (pessimisme)
 - Persistance d'émotions perturbantes : horreur, **honte**, **culpabilité**, tristesse
 - Perte de l'intérêt pour ce qui était investi
 - Sentiment de détachement, isolement, déconnexion des autres
-
- AU MOINS 2

● Critère E: Augmentation de la réactivité

= Réaction d'alerte permanente

- Troubles concentration
- Difficulté à s'endormir ou rester endormi
- Hypervigilance
- Réaction de sursaut exagérée

● AU MOINS 2

- **Criteres F, G and H**

- Sévérité (répercussions)
- **Durée (>1 mois) AU MOINS UN MOIS**
- Pas du à un autre trouble

- **Sous-type dissociatif+++**

Dissociation

- La dissociation est, définit le DSM-5, la séparation de l'ensemble de contenus mentaux de la conscience. La dissociation est un mécanisme central des [troubles dissociatifs](#).
- Le terme est également utilisé pour décrire la séparation d'une idée de sa signification émotionnelle et de l'affect.
- Troubles dissociatifs : « **une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement** »,
- Risque accrue de développer ESPT si dissociation peri-traumatique. Défaut d'encodage et élaboration.

Trauma simple vs trauma complexe

Trouble de stress post-traumatique

Symptômes post-traumatiques avec retentissement fonctionnel > 1 mois

Plutôt secondaire à événements uniques (type 1)

Trauma complexe

Modifications de la personnalité + symptômes post-traumatiques

Plutôt secondaire à événements répétés (type 2)

Trauma complexe (CIM 11)

- Catégorie des troubles spécifiquement associés au stress.

Un trouble qui peut se développer à la suite d'un événement ou d'une série d'événements d'une nature particulièrement menaçante et atroce, des événements la plupart du **temps prolongés ou répétitifs** dont il est difficile voire impossible de s'échapper.

Par exemple : torture, esclavage, génocide, **violences conjugales prolongées, violences sexuelles ou physiques répétées dans l'enfance.**

Trauma complexe

Tous les symptômes du PTSD sont présents, plus:

- 1) des problèmes dans la **régulation des affects**
- 2) des **croyances négatives sur soi** (que l'on est diminué, un perdant, ou inutile)
- 3) sentiments de **honte** de **culpabilité** ou d'échec en lien avec les événements traumatiques
- 4) des difficultés à **maintenir des relations** avec les autres et à s'en sentir proche.

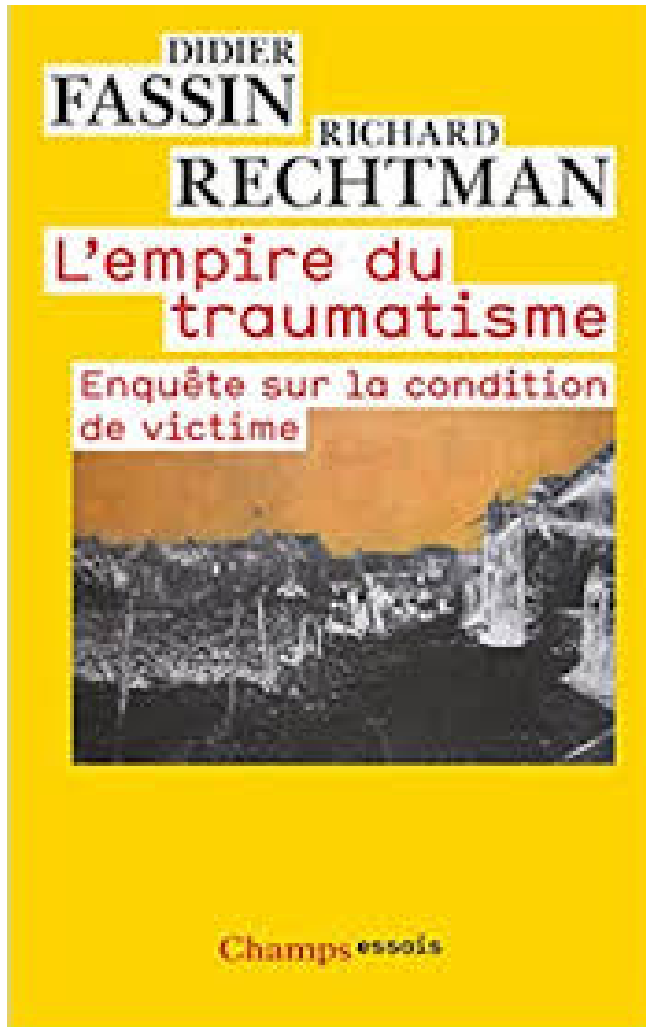
Ces symptômes sont graves et persistants. Ils causent des troubles importants dans le fonctionnement personnel, familial, social, scolaire, occupationnel ou dans **d'autres domaines importants du fonctionnement.**

Psychotraumatisme complexe vs Tr Borderline

(in M.Kedia, Trauma Complexe, page 247)

	DESNOS	Trouble borderline
Dérégulation affective	L'humeur est marquée par la dysthymie, voire la dépression marquée. Il y a un déficit général d'états thymiques positifs	Le patient peut avoir spontanément ou en réaction à l'environnement des humeurs positives, parfois assez hautes
Relations interpersonnelles	Attitude passive allant de l'évitement à la revictimisation	Oscillation entre recherche et envie de relations idéalisées, et dévalorisation de l'autre, voire sabotage de la relation
Dissociation	Niveaux très élevés indispensables au diagnostic : la dissociation concerne aussi bien des épisodes brefs que des amnésies pouvant recouvrir d'importantes périodes de temps	Elle est une réponse transitoire au stress. Les patients borderline ont en moyenne des niveaux de dissociation plus bas que les patients PTSD « simple » (Darves-Bornoz <i>et al.</i> , 1995)
Perception de soi	Comme abîmé et étranger aux autres en permanence	Confusion identitaire

DESNOS : Disorder of extreme stress not otherwise specified



- La psychotraumatologie de l'exil, qui serait née d'une reconnaissance de la singularité des expériences de persécution et d'une nécessité de prise en charge spécifique du traumatisme, a connu un changement de paradigme.
- Le sujet ayant vécu un trauma serait automatiquement assigné à une étiquette (diagnostique et autre) de psychotraumatisé.
- Effet d'homologation qui n'a rien à voir avec la subjectivité de l'événement traumatique.
- **DOUBLE ETIQUETTE: Exilé/migrant + psychotraumatisé**

Les violences dans la société, notamment les violences sexuelles



Victimes ou survivant.e.s ?

COMMENT
SAVOIR
SI J'AI ÉTÉ
VICTIME
DE VIOLENCES
SEXUELLES ?



Victimes Plus Jamais Seules

victimes de
**violences
sexuelles et
sexistes**

Des policiers et des gendarmes
à votre écoute

Un chat en ligne
24h/24 et 7j/7

Un dialogue anonyme
et confidentiel

connectez-vous

PORTAIL DE SIGNALEMENT
#NeRienLaisserPasser
signalement-violences-sexuelles-sexistes.gouv.fr

police de
sécurité
du quotidien

**VICTIME
DE VIOLENCES
SEXISTES
ET SEXUELLES**

PORTAIL EN LIGNE
DISPONIBLE
24 H / 24
7 J / 7

SUPPORTING SURVIVORS DURING
SEXUAL ASSAULT AWARENESS MONTH



TOGETHER

**Working with Male
Survivors
of Sexual
Violence**



I see you.
I believe you.
It's not your fault.
You are not alone.
#SurvivorLoveLetter

**How to Support
LGBTQ Victims
& Survivors of
Sexual Violence**

THE
TREVOR
PROJECT

in partnership with

RAINN

- Sandy, 20 ans, est originaire de Kinshasa, la capitale de la République Démocratique du Congo (RDC). Elle est célibataire avec un enfant de 2 ans et demi. Elle est orientée vers notre Centre par un travailleur social du C.A.D.A. (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) où elle est hébergée avec les informations suivantes : « La constitution de son dossier de demandeur d'asile et la rédaction de son récit ont déclenché chez elle des crises de larmes et angoisse ». Ses parents sont décédés, sa mère lorsque Sandy était adolescente dans le contexte d'une « pathologie mentale » et son père, militaire, il y a 4 ans. Elle a terminé ses études dans un lycée privé et souhaite entreprendre la carrière militaire. Son frère aîné est veuf avec deux enfants. Elle a dû fuir le pays suite à une agression dans laquelle son frère a été violemment battu, elle et sa belle-sœur ont été battues et violées. Elle a frappé son agresseur en le blessant et a appris, a posteriori, que celui-ci était décédé, comme sa belle-sœur. Quelques mois plus tard, Sandy découvre sa grossesse (issue du viol) et, après un temps de fuite, elle rencontre une personne qui lui procure un passage aérien pour la France

- Pour Sandy, il s'agit de « s'avouer » tout d'abord victime, car c'est son identité assignée de victime qui doit être mise en avant pour l'obtention du statut de réfugiée. Néanmoins, elle doit aussi intégrer de manière imposée une identité de 'meurtrière', car l'omission de cette partie pourrait nuire à la « véridicité » attendue de son récit.
- Après la première séance dans laquelle elle a déversé son récit traumatique répliquant quasiment son récit pour l'OFPRA, elle s'est vite « débarrassée » de son histoire traumatique. Pendant plusieurs entretiens, elle a donc « mis en scène » un image d'elle forte, combattive, projetée dans le futur. J'ai senti comme un besoin de me montrer une facette de « bonne élève » (elle reprend d'ailleurs cette formule, en parlant de son passé en tant qu'étudiante brillante au lycée). Elle s'est même présentée un jour maquillée et elle a pu me dire qu'elle s'était maquillée pour moi, car elle voulait que je la voie « comme [elle était] avant ». /: **REFUS DU STATUT DE VICTIME**

Franc, 34 ans

- Consulte car pas à l'aise dans sa sexualité, difficulté à prendre l'initiative avec les femmes, RS sans « problème objectivable » mais ne prend pas plaisir, angoisse.
- En ATCD: victime d'attouchements à 8 ans de la part d'un cousin de 13, fellation à l'âge de 20 ans à son prof de musique (35 ans) dans le contexte d'alcoolisation +++ pendant EDM non traité/ Question du consentement/responsabilité.
- Demande de psychothérapie: problématique « estime de soi » 📧 honte +++ / statut de victime/ questionnement sur son hétérosexualité, questionnement d'homophobie sociétale/machisme intériorisé en opposition avec valeurs revendiqués. Dégout du corps/ micro-dissociations pendant RS
- ACCEPTATION DU STATUT DE VICTIME