



HAL
open science

Etude de l'agentivité dans le discours de femmes souffrant de trouble de stress post-traumatique dans les suites de violences conjugales

Marine Frabetti

► To cite this version:

Marine Frabetti. Etude de l'agentivité dans le discours de femmes souffrant de trouble de stress post-traumatique dans les suites de violences conjugales. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04042661

HAL Id: hal-04042661

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042661v1>

Submitted on 23 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2022

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Marine PYKA (épouse FRABETTI)

Le 29 avril 2022

**ETUDE DE L'AGENTIVITE DANS LE DISCOURS DE FEMMES SOUFFRANT DE
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DANS LES SUITES DE
VIOLENCES CONJUGALES**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur V. LAPREVOTE

Président

Madame le Docteur F. LIGIER

Juge

Monsieur le Docteur Y. AUXEMERY

Juge et Directeur

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne

Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Interface avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargés de mission

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER – Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL – Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT – Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ – Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Jean-Pierre KAHN - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2^e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3^e sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : *Nutrition*

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

2^e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3^e sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

5^e sous-section : *Médecine d'urgence*

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4° sous-section : Pédiopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3° sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Baticr POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4° sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET -
Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

2^e sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3^e sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3^e sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –

Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2^e sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN –

Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

2^e sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2^e sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Docteure Lina BOLOTINE

3^e sous-section : Immunologie

Docteure Alice AARNINK

4^e sous-section : Génétique

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Docteur Philippe GUERCI

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : Neurochirurgie

Docteur Fabien RECH

3° sous-section : Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Docteur Thomas SCHWITZER

4° sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Docteur Fabrice VANHUYSSE

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1° sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Docteur Anthony LOPEZ

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : Pédiatrie

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1° sous-section : Oto-Rhino-Laryngologie

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A M. Vincent LAPREVOTE, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de psychiatrie, qui me fait l'immense honneur de présider ce jury, pour sa pédagogie sans faille et sa bienveillance qui me donnent envie de continuer dans cette spécialité si intéressante et enrichissante.

A Mme Fabienne LIGIER, Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier de psychiatrie, que j'ai également le plaisir de compter parmi mes juges, pour son implication dans notre enseignement et sa contribution à faire de moi, je l'espère, une meilleure psychiatre.

A Docteur Yann AUXEMERY, directeur et juge, qui m'a donné l'opportunité de connaître et de me perfectionner dans le domaine du psychotrauma, devenu une passion. Pour son aide, sa disponibilité, sa patience, ses compétences et sa sympathie qui m'ont permis d'accomplir ce travail.

A professeure Frédérique GAYRAUD, dont le domaine d'enseignement est la psycholinguistique, qui a largement contribué à ces travaux et dont la participation précieuse m'a permis de mener à bien ce travail de thèse.

A Docteure Véronique CARMAUX, qui a encadré, ce semestre, pour la deuxième fois, un de mes stages. Pour son infinie gentillesse, ses qualités humaines et sa confiance qui me font progresser.

A Docteure Hélène VILLENEUVE, qui m'a tant appris sur la psychiatrie d'urgence, la victimologie et la médecine légale, à son humour et sa culture qui nous ont fait passer des moments mémorables.

A l'association Inform'elles de Metz, contre les violences faites aux femmes, et notamment à Mme Juliette Martin, coordinatrice, et Mme Pauline BERLINGUE, psychologue clinicienne, pour m'avoir aidé à réaliser ce travail et compléter mes connaissances.

Aux multiples intervenants du CH de Jury qui m'ont permis de mener à bien ce projet : les Docteurs SCHMITT C., DECKER M. et HENRY J., aux cadres de santé des CMP de Metz Mmes Maryse GARELLI et Sandrina CEBADERO, aux psychologues de ces CMP, et notamment à Mesdames Elise MENWEG, Tugce GUNGORMEZ et Silvia DECARVALHO, aux infirmiers qui m'ont également aidé : Mme Viviane VIGNOLI, M. Vincent FELIX, Mme Marie ANIK, et bien d'autres !

A l'équipe soignante du pavillon Colette BAUDOCHE du CH de Jury-lès-Metz, avec qui travailler est un véritable plaisir, une équipe hétéroclite aux multiples compétences, toujours dans la bonne humeur !

Au service de psychiatrie de Briey qui a fait mes débuts, mes premières connaissances, et notamment à Docteur Eric CANEL dont je garde et garderai toujours un souvenir chaleureux.

A Christopher, mon mari, l'homme de ma vie, ma moitié, qui me complète depuis près de 16 ans, à tout l'amour que j'éprouve pour lui et la complicité que nous avons, qui nous ont fait traverser tant d'épreuves, bâtir tant de choses et sans qui je n'aurais jamais rien pu faire.

A Athena, notre premier miracle, ma petite déesse, le fruit d'une bataille. Sage, intelligente et combative comme son prénom l'avait prédit, elle fait notre fierté !

A Evanna, notre deuxième miracle. Créative, libre et attachante, qui serait prête à s'envoler à dos de licorne si c'était possible... À notre petite atypique avec qui jamais on ne s'ennuie !

A Calypso, notre princesse, ma petite nymphe ! A la fois une surprise et également un miracle que nous avons failli perdre. Notre petite râleuse si jolie qui m'a fait comprendre qu'il y a des priorités dans la vie...

A Andrea, quatrième miracle et fruit de notre amour, si mignon et intelligent, à nos conversations passionnées qu'il mène du haut de ses deux ans !

A notre cinquième bébé qui viendra bientôt compléter notre famille, à cette première rencontre toute proche dont je ne me lasserai jamais...

A mon père que la vie a failli m'enlever, à ce survivant qui a toute mon affection et qui répondra toujours présent quand je lui demanderai... A nos rares souvenirs quand j'étais enfant.

A ma belle-famille, devenue ma famille, et surtout à Evelyne qui tient une place particulière dans mon cœur.

A ma défunte et très regrettée grand-mère, pilier autour duquel je me suis construite.

Et pour terminer, à Sarah, ma co-interne, qui a su m'épauler dans l'adversité et qui depuis est devenue ma meilleure amie, à son franc-parler si caractéristique, sa pertinence et sa finesse d'esprit qui font son unicité !

SERMENT

«Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».



Mars et Rhéa Silvia, tableau peint par Rubens en 1617,

(Raconte l'histoire d'un viol commis par un homme tout puissant, un dieu, et d'une femme qui, sidérée par la situation, n'a pu se défendre.)

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	1
I. Introduction	3
II. Les troubles psychiques post-traumatiques	4
a. Le Trouble Stress Post-Traumatique, définition	4
b. Les différents types de psychotraumatismes	5
i. La classification de Terr	5
ii. La distinction psychotrauma simple/psychotrauma complexe	6
iii. Le DESNOS	6
iv. La dissociation structurelle	8
c. Les facteurs de risque	12
d. Les facteurs de protection (de résilience)	13
e. Les outils diagnostics actuels	14
III. Particularités des violences conjugales	16
a. Un problème de santé publique	16
i. Statistiques	16
ii. Discussion à propos de ces chiffres	18
iii. Les dispositifs existant	18
b. Le phénomène d'emprise	19
c. Le phénomène de répétition	21
d. Trouble Stress Post-Traumatique et violences sexuelles	22
IV. Neurobiologie	23
a. Particularités neurobiologiques du psychotraumatisme	23
b. Les troubles de l'attachement	25
c. La dissociation	26
i. De l'intégration à la dissociation	26
ii. Les différents type de dissociation	27
1. La dissociation physiologique	27
2. La dissociation pathologique	27
iii. Que se passe-t-il d'un point de vue neurobiologique ?	28
d. L'utilité pour la compréhension des troubles/psychoéducation/et après ?	29
V. L'intérêt de l'approche psycholinguistique	30
a. Principe	30
b. Un état des lieux de la littérature	30
c. Le SPLIT	31

VI.	L'étude en elle-même	34
VII.	Présentation de cas	54
	a. Le cas de Mme D., un exemple de trouble de l'attachement	54
	i. Prérequis	54
	ii. Contexte initial	55
	iii. Biographie	57
	iv. Prise en charge	59
	1. 1 ^{er} entretien médical	59
	2. Evolution clinique	60
	3. Analyse et perspectives	61
	b. Mme B., de la dissociation péri-traumatique à la dissociation structurelle	62
	i. Contexte de la première consultation	62
	ii. Ses antécédents	63
	iii. Sa biographie	63
	iv. Premiers temps de prise en charge	65
	v. Participation à l'étude	67
	vi. Poursuite de la prise en charge	68
	vii. Analyse et perspectives	69
VIII.	Les perspectives de prise en charge	70
	a. Dans l'ordre chronologique	70
	i. Prise en charge immédiate et post-immédiate	70
	1. Prise en charge immédiate	70
	2. Phase post-immédiate	71
	b. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)	72
	c. IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires)	72
	d. TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale)	72
	i. Exposition prolongée	73
	ii. TCD (Thérapie Comportementale Dialectique)	73
	iii. SIT (Stress Inoculation Training)	74
	e. L'ICV (Intégration du Cycle de la vie)	75
	f. Autres psychothérapies	75
IX.	Conclusion	76
	Bibliographie	77
	Annexe	85

LISTE DES ABREVIATIONS

3F : Fight, Flight or Freeze (Combat, Fuite ou Sidération/Figement)
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
BAR : Bracelet Anti-Rapprochement
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CAPS-5 : Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5
CASA : Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNOP : Comité National de pilotage de l'Ordonnance de Protection
COD : Complément d'Objet Direct
COI : Complément d'Objet Indirect
CRAI : Corps Relations Actions Intensions
CRF : Corticotropin-Releasing Factor
CVS : Cadre de Vie et Sécurité
DES : Dissociative Experience Scale
DESNOS : Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
Dis-Q : Dissociation Questionnaire
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HAD : Hospital and Anxiety Depression scale
HAD-A : HAD-Anxiété (score)
HAD-D : HAD-Dépression (score)
HDRS : échelle de Dépression d'Hamilton
ICV : Intégration du Cycle de la Vie
IES-R : Impact of Event Scale - Revised (Echelle Révisée d'Impact des Evénements)
IMC : Indice de Masse Corporelle
IMO : Intégration par les Mouvements Oculaires (EMI : Eye Movement Integration)
ISRS : Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine
MINI : Mini-International Neuropsychiatric Interview
PAN : Personnalité Apparemment Normale
PANP : Partie Apparemment Normale de la Personnalité
PCL5 : PTSD CheckList for DSM-5
PCLS : PTSD CheckList Scale
PDEQ : Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire

PDI : Peritraumatic Distress Inventory (Inventaire de Détresse Péritraumatique)

PE : Personnalité Emotionnelle

PEP : Partie Emotionnelle de la Personnalité

PNL : Programmation NeuroLinguistique

PS : Personne du Singulier

PTSD : Psychotraumatic Stress Disorder

REM : Rapid Eye Movement

SIT : Stress Inoculation Training

SPEM : Smooth Pursuit Eye Movement

SPLIT : Syndrome PsychoLinguistique Traumatique

SPRINT : Short PTSD Rating Interview

TBP : Trouble de la Personnalité Borderline

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TCD : Thérapie Cognitive Dialectique

TGD : Téléphone Grave Danger

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TSPT : Trouble Stress Post-Traumatique

I. Introduction

De tous temps les violences existent, des peintures rupestres à la mythologie antique, des récits bibliques aux pratiques avilissantes du Moyen-Age, notamment concernant les femmes : les témoignages historiques sont pléthore. Phénomène plus ou moins normalisé ou tu en fonction des cultures et des époques, les violences conjugales sont désormais pointées comme un fléau, responsables de tant de maux.

Si depuis 1946, après des années de lutte, l'égalité homme-femme est devenue un droit constitutionnel, la réalité reflète parfois bien autre chose. Dans les mentalités, malgré les récentes évolutions, la femme est encore parfois considérée comme inférieure : le sexe faible.

Dans l'intimité des foyers, il est des héritages culturels, des idées préconçues, qui ont la vie dure. Les violences, comme « transmises » de génération en génération ne sont pas rares et impactent tous les milieux. La femme, encore perçue par certain comme un objet, est alors prise au piège dans l'engrenage d'une relation d'emprise, prête à tout subir.

Des mouvements « féministes » ont vu le jour ces dernières décennies pour dénoncer les violences faites aux femmes. Au fur et à mesure que les langues se sont déliées, honteuses au départ, l'ampleur du phénomène a pu être entr'aperçue. Une première étape a été franchie.

Des dispositifs ont été créés pour aider ces victimes, le plus souvent de sexe féminin, à s'extraire du milieu si dangereux qu'était le leur. On a pu évaluer les dégâts non seulement physiques mais aussi psychologiques d'une telle violence, chronique et sournoise, infiltrant chaque pensée de la personne, comme complètement détruite.

Les troubles psychotraumatiques sont désormais bien reconnus par la société mais toute la question est de les identifier. Des outils diagnostics sont à notre disposition si toutefois l'hypothèse traumatique est envisagée par le clinicien, encore trop peu sensibilisé à rechercher systématiquement cet aspect.

Aux classiques critères établis dans le DSM-5 s'ajoute l'approche psycholinguistique qui semble offrir la possibilité d'une détection précoce de ces symptômes, notamment dissociatifs, et l'opportunité d'une prise en charge plus rapide, basée sur la réparation de la « blessure du langage » (1). Cette présente étude a pour but d'étayer encore davantage cette perspective.

II. Les troubles psychiques post-traumatiques

a. Le Trouble Stress Post-traumatique, définition :

La définition du trouble stress post-traumatique a évolué ces dernières années, notamment avec la parution du DSM-V (2), venant actualiser l'édition précédente (DSM-IV-TR)(3), en 2013. Si au départ, cette 4^{ème} version représentait une avancée importante dans la reconnaissance du trouble ou plutôt de « l'état » dans le sens où elle admettait qu'être témoin pouvait être traumatisant en soi, il restait classé parmi les troubles anxieux, sans aucune distinction.

Dans le DSM-V, une distinction a finalement été faite et cette nosographie, désormais devenue un trouble, a intégré un nouveau groupe : celui des « Trauma and Stress Related Disorder »(3), c'est-à-dire, des troubles liés aux traumatismes et au stress.

Il est dit dans le DSM-IV-TR que pour présenter un tel état de stress post-traumatique, « le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivant étaient présents :

- le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur » (3). Ce deuxième item n'est désormais plus nécessaire.

Mais ces précédents critères semblaient plutôt restrictifs et plus adaptés à des événements uniques ou ponctuels et particulièrement exceptionnels de par leur violence apparente. Les événements répétées, peut-être subjectivement moins violents (même si cela prête à discussion) comme les violences verbales, que l'on rencontre notamment dans les maltraitances de l'enfant ou dans les violences conjugales, rentraient-elles alors dans ces critères ? Si désormais cela ne fait aucun doute, on constate que le DSM-V vient élargir la liste des événements potentiellement psychotraumatisant et clarifier les choses.

Maintenant, le cas particulier des violences/agressions sexuelles constituent, ne serait-ce que par la menace de leur survenue, un facteur traumatique à part entière. Également, « une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers) »(2) pourrait en être la cause, avec une subtilité supplémentaire, celle de

ne laisser la possibilité qu'aux professionnels d'être affectés de la sorte par le biais de médias tels que les médias électroniques, la télévision ou autres. Autre modification : une personne peut être traumatisée par le fait qu'une autre personne, proche affectivement, ait été directement victime d'un événement traumatisant.

Le reste des symptômes, dont les reviviscences demeurent le signe pathognomonique, auxquelles s'ajoutent le syndrome d'évitement et toutes les manifestations neurovégétatives liées à l'hyperactivation consécutive au traumatisme, sont sensiblement les mêmes entre les deux dernières versions. Ils passent néanmoins du nombre de 17 à 20, prenant dorénavant en compte les cognitions négatives.

Cette évolution se voit notamment dans la différence entre les échelles PCLS (utilisée dans cette présente étude), ne comportant que 17 items et la PCL-5 (4), version actualisée à 20 items selon les critères du DSM-V. La PCL5 est en Annexe 1 et nous y reviendront ultérieurement.

On notera que cette symptomatologie peut être le continuum d'un Trouble Stress Aigu ou survenir après une période plus ou moins longue de latence (5), à la faveur ou non, d'un nouvel événement traumatisant.

Pour finir, les symptômes dissociatifs sont mis en exergue, soulignant leur importance, et la dissociation devient ainsi une spécification.

b. Les différents types de psychotraumatismes

i. La classification de Terr

Lenore Terr, en 1991, a proposé dans son article « Childhood traumas : an outline and overview », la distinction de plusieurs types de psychotraumatismes (6). D'une part, les traumatismes de type I, que l'on pourrait qualifier de simples, où l'événement traumatique est unique et circonscrit dans le temps, et qui, a priori, n'est pas susceptible de se reproduire à chaque instant (attentat, catastrophe naturelle,...).

Et d'autre part, les psychotraumatismes de type II, plus volontiers qualifiés de complexes (7), quand ils sont composés d'un événement traumatique répété sur une période de temps assez longue, quand il ne discontinue pas, ou lorsqu'il est susceptible de se reproduire à tout moment avec également un critère de durée de l'exposition.

Les violences conjugales peuvent entrer dans ce cadre car l'événement traumatique, de même nature, s'est généralement répété et la menace constante de sa répétition était présente.

Par la suite, d'autres auteurs, Solomon et Heide (8), ont proposé de caractériser encore un autre type, le type III. Celui-ci serait décrit comme « plus complexe » que les traumatismes de type I et II. Ils désignent par-là « des événements multiples, envahissant et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant ou abusif » (9).

Et enfin les traumatismes de type IV sont ceux qui sont encore présents, en train de se produire, comme cela peut également être le cas dans les violences conjugales, quand la personne n'a pas réussi à prendre ses distances avec son agresseur, le phénomène d'emprise étant encore trop présent.

ii. La distinction psychotrauma simple/psychotrauma complexe

Rajoutons que cette classification en 4 types et celle, plus binaire de simple/complexe coexistent. C'est Judith Herman, qui, en 1997 (7), a proposé la définition suivante : « *les traumatismes complexes sont le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes [de la/duquel le sujet est] incapable de s'échapper* ».

Cette classification, nous le verrons, a son importance dans la suite prise en charge, les psychotraumatismes complexes, comme leur nom l'indique, ont un pronostic différent, requièrent une détection précoce et sont davantage difficiles à traiter.

iii. Le DESNOS

Le DESNOS est l'acronyme anglophone de « Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified », mais concrètement qu'est-ce que cela signifie ?

Entité à la limite entre le trouble stress post-traumatique et les troubles de l'attachement, il se traduit en français également par la dénomination « trauma complexe ». Il voit sa conceptualisation grâce à un comité d'experts, en vue de la rédaction du DSM-IV, qui, de 1990 à 1992 ont composé le *DSM-IV Field Trial*.

En voici les manifestations, listés dans le Tableau 1 ci-dessous (3) :

<p><u>I. Altération de la régulation des émotions et des impulsions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à réguler les affects - Difficulté à moduler la colère - Comportements autodestructeurs - Préoccupations suicidaires - Difficulté à moduler les pulsions sexuelles - Prise de risques excessives 	<p><u>IV. Altération des relations interpersonnelles</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacité à faire confiance - Victimisations répétées - Victimisation d'autres personnes
<p><u>II. Altération de l'attention ou de la conscience</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amnésie - Episodes dissociatifs transitoires et dépersonnalisation 	<p><u>V. Somatisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles du système digestif - Douleur chronique - Symptômes cardio-pulmonaires - Symptôme de conversion - Troubles sexuels
<p><u>III. Trouble de la perception de soi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inefficacité - Impression de préjudice permanent - Sentiment de culpabilité et de responsabilité - Honte - Impression de n'être compris par personne - Minimisation des expériences de situations dangereuses 	<p><u>VI. Altération dans les systèmes de représentation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Désespoir - Pertes des convictions de base

D'apparence, cela peut paraître être un tableau clinique un peu « fourre-tout » qui trouve sa cohérence quand on s'intéresse à sa genèse. En effet, le point important est le jeune âge de la personne au moment où les événements traumatisant se produisent, en plus du caractère répétitif de ces derniers (10). On peut citer comme exemple, la maltraitance (qu'elle soit sous forme de violences agies ou de négligences), les agressions sexuelles mais également les tortures.

L'explication résiderait dans la neurobiologie (cf. paragraphe *Particularités neurobiologiques du psychotraumatisme*) de par l'immaturation du cerveau de l'enfant au moment où se produisent les faits (11) et dans l'incapacité de la personne ayant le rôle de figure d'attachement à protéger l'enfant dont il a la charge (12).

Dr Judith Herman défendait elle aussi l'hypothèse « *d'un comportement adulte conditionné par un passé d'enfant traumatisé* », c'est précisément ce qu'elle appelle le « trauma complexe »(10).

Le fait de distinguer chez une personne psychotraumatisée un diagnostic de TSPT « classique » de celui de DESNOS a un impact important, car ce dernier est associé à un pronostic plus négatif concernant la réussite de la prise en charge thérapeutique et nécessitant d'intervenir plus spécifiquement sur les perturbations comportementales (11).

D'autre part, on peut se poser la question d'un continuum entre le DESNOS, le trouble de la personnalité état limite/borderline et le spectre des troubles dissociatifs. La caractérisation de la dissociation structurelle de la personnalité pourrait-elle alors en être un modèle intégratif ? (12).

iv. La dissociation structurelle

« La dissociation structurelle est un processus psychophysiologique complexe altérant la capacité à accéder à ses souvenirs et ses connaissances, l'intégration du comportement et le sens du Soi. »

Putnam, 1994 (13).

Concept réapparu relativement récemment en tant que tel dans la littérature : c'est, entre autres, aux Pays-Bas, qu'il est le plus étudié.

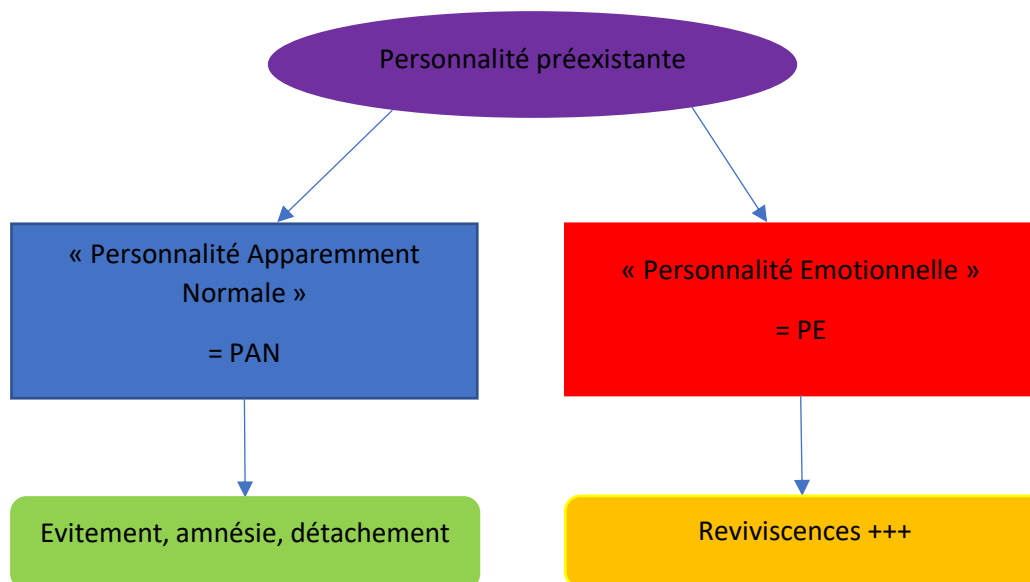
Comment expliquer que certaines personnes, traumatisées, pour ne pas dire la plupart, oscillent entre des phases de reviviscences et des phases de détachement concernant leurs traumatismes (14) ?

Cette clinique, ce paradigme de la dissociation, avait antérieurement déjà été décrite par Pierre Janet au début du XXe siècle (15). Puis Charles S. Myers, une quarantaine d'années plus tard, tenta de conceptualiser et d'expliquer plus finement la clinique post-traumatique (16).

La dissociation au moment du traumatisme est un mécanisme de défense complexe (cf. paragraphe *Dissociation*) qui permet de par des réactions plus ou moins stéréotypées de fuir, combattre ou de se figer (les « 3F » anglosaxons). Mais ce système de défense à ses limites et le cerveau se « souvient » en quelque sorte, par la suite, de cet état de dissociation.

Il a été établi par plusieurs études congruentes « qu'une grave menace peut provoquer une dissociation structurelle de la personnalité préexistante » (12,14,17,18).

Myers nous explique donc que la personnalité, en conséquence d'un traumatisme psychisme se dissocie, se divise en deux parties, comme représenté sur le Schéma 1 suivant :



Cependant, le fait de parler de deux parties de personnalité prête à confusion et serait davantage assimilable au trouble de la personnalité multiple, appellation non reprise dans le DSM-IV (3). Le trouble dissociatif de l'identité vient désormais en remplacement de cette terminologie.

C'est pour cette raison que d'autres termes ont été proposés comme : « Partie Apparemment Normale de la Personnalité » (PANP)/« Partie Emotionnelle de la Personnalité » (PEP). A cette objection près que même la PANP est capable de ressentir des émotions et qu'une autre dénomination serait tout aussi exacte : celle de « partie traumatique de la personnalité ». Néanmoins, l'appellation PEP reste justifiée si on s'en réfère à l'émotionnalité de l'événement traumatique (12).

Impossible d'être intégré, personnifié (c'est-à-dire, assimilé comme faisant partie de l'expérience personnelle de l'individu, du soi), tel un souvenir lambda le serait, le souvenir traumatique sera « sémantique » et non « épisodique », comme s'il s'était produit à un autre individu (12). Une « mémoire traumatique » va se créer. En effet, l'un des rôles de l'hippocampe est de pouvoir se repérer, en terme de souvenirs, dans l'espace et le temps. On en déduit aisément qu'un souvenir qui n'a pas été traité par l'hippocampe est non daté pour le psychisme : il est sans cesse revécu au présent, spontanément ou au moindre rappel (13), intolérable en l'état.

Cette réduction de la capacité intégrative va réduire la capacité du sujet blessé psychique à s'adapter à l'événement traumatisant qu'il a subi et par conséquent, réduire également sa capacité à faire face à d'éventuels événements traumatisant ultérieurs (12). Ce souvenir sera donc « consigné » dans la PEP pour permettre à l'individu un niveau de fonctionnement satisfaisant, alors assuré par la PANP.

Ce cloisonnement du souvenir dans la PEP, dont le but est de maintenir à distance le(s) contenu(s), va plus ou moins réussir : s'il est efficace, on obtient un profil d'hypoactivation, s'il ne l'est pas (ou moins), un profil d'hyperactivation (13). Et comme mentionné plus tôt dans ce paragraphe, souvent une alternance entre les deux est observée, témoignant l'un comme l'autre de l'état de dissociation mais rendant difficile la caractérisation du trouble, pouvant faire penser à tort, selon les représentations du siècle dernier, à un trouble de personnalité plutôt d'ordre histrionique.

« Les conséquences psychotraumatiques ne viennent pas de la victime mais des violences, ce sont des conséquences normales, contrairement à ce qui est souvent renvoyé à la victime, celle-ci n'aime pas rester avec le conjoint violent, ce n'est pas ce qu'elle veut, elle n'est pas à l'origine de son propre malheur, elle est juste gravement traumatisée et dissociée, et elle cherche à survivre aux violences en empêchant sa mémoire traumatique d'exploser », Muriel Salmona (19) au sujet des violences conjugales.

D'un point de neurobiologique, d'après les travaux de Lanius et al., les reviviscences rencontrées dans le profil « hyper-réactif » seraient dues à « l'incapacité du cortex préfrontal médian et du cortex préfrontal ventromédian à réguler l'activité de l'amygdale et de l'insula » qui deviennent hyperactives (« inhibition cortico-limbique déficitaire »). Le profil « hypo-réactif » serait, quant à lui, consécutif à « excès d'inhibition cortico-limbique » (20,21).

Tableau 2 : Symptômes présents en fonction du profil dissociatif (2,13).

	Profil d'hypoactivation = dissociation « étanche »	Profil d'hyperactivation = dissociation « poreuse »
Cognitif	Amnésie totale ou partielle Perte de certaines compétences	Hypermnésie, intrusions Symptômes schneidériens : hallucinations acoustico-verbales, pensées imposées ou vol de pensée
Emotions	Anesthésie émotionnelle Alexithymie Sentiment de vide, dépression Comportements réactionnels : recherches de sensations, violences (auto ou hétéro-agressivité), prise de toxiques psychostimulant (cocaïne, alcoolisations,...), conduite de mise en danger.	Envahissement émotionnel, automutilations réactionnelles, hétéro- agressivité... Reviviscences Attaques de panique Addictions dans un but d'apaisement (à une substance, comportementale ou TOC).
Sentiment d'appartenance de l'expérience	Dépersonnalisation Déréalisation	Lecture du présent à travers le ressenti de l'expérience traumatique (cognitions négatives)
Somatique	Perte des sens Perte des sensations Perte de motricité	Perceptions physiques en lien avec l'événement traumatique Mouvements involontaires, tics, crises dissociatives (anciennement CNEP).

A ces symptômes psychiques, s'ajoutent des symptômes physiques décrits par Peter Levine dans son livre paru en 1997 « Waking the tiger », traduit par la suite en français par « Réveiller le tigre ». Ceci peut s'expliquer par l'action vagale (cf. paragraphe *Dissociation - Théorie polyvagale*), conférant à la personne dissociée un aspect moins « vivant ». A titre d'exemple, on pourra constater une hypotonicité, une peau plus terne, des mimiques figées/hypomimie, un ton monocorde,...(13).

Notons néanmoins la proximité nosographique de cette description avec celle de l'épisode dépressif caractérisé.

Mais retenons que c'est surtout la répétition d'événements traumatiques, de la négligence à la maltraitance, à un âge précoce qui fera le lit de ce trouble, qui, à force, deviendra un « trait » de personnalité et non plus un « état ». La dissociation deviendra alors une réponse « facile » et systématique aux événements les plus anxiogènes. Un peu plus loin dans cet écrit sont détaillés les troubles de l'attachement, notion étroitement liée à ce phénomène de dissociation structurelle (cf paragraphe *Trouble de l'attachement*).

c. Les facteurs de risque

Si chaque personne réagit différemment face à un événement traumatique, c'est que des circonstances particulières à l'/aux événement(s) et des prédispositions inhérentes à chacun se conjuguent pour aboutir au traumatisme psychique en tant que tel (22). La littérature étant assez riche à ce sujet, il a pu être mis en évidence des facteurs de risque de développer un tel trouble.

Ainsi comme dans toutes les autres pathologies psychiatriques, le manque de soutien social favoriserait l'émergence d'un trouble stress post-traumatique (TSPT) (23–25).

On distingue ainsi 3 catégories de facteurs prédictifs :

Les facteurs pré-traumatiques :

- Le sexe féminin.
- L'existence d'autres facteurs de stress présents avant l'événement traumatique en question.
- L'existence d'antécédents psychiatriques familiaux et personnels, et notamment d'épisode dépressif ou de troubles anxieux (26).
- L'existence d'événements traumatiques antérieurs, qui viendraient comme fragiliser le psychisme de l'individu et favoriser l'émergence d'un véritable TSPT, « à l'usure ». On citera particulièrement les maltraitances dans l'enfance.
- Des facteurs génétiques comme le génotype S/S codant pour le transporteur de la sérotonine qui serait significativement corrélé au développement d'un TSPT comparé au génotype L/L avec lequel des niveaux d'exposition supérieurs semblent être requis (22).

Les facteurs péri-traumatiques :

- La nature et le degré de sévérité de l'événement en lui-même que l'on pourrait apprécier par sa violence apparente, sa durée, les éventuelles atteintes à l'intégrité physique, etc.
 - o Citons le viol, étant en lui-même un événement particulièrement traumatisant, voire le plus traumatisant (27) (cf paragraphe *Trouble Stress Post-Traumatique et violences sexuelles*).
- L'existence d'une dissociation péritraumatique.
- L'importance des réactions émotionnelles négatives au moment des faits comme la tristesse, culpabilité, etc.
- L'importance des réactions physiques de stress en rapport avec l'activation du système sympathique.
- La ressemblance des faits traumatisants avec d'autres traumatismes antérieurs.

Les facteurs post-traumatiques :

- Un soutien social inadéquat serait facteur précipitant et entretenant un TSPT.

d. Les facteurs de protection (de résilience)

Le fait d'être préparé à la situation, soit par une expérience vécue antérieure similaire, soit par une formation particulière (notamment pour les professionnels), constitue un facteur protecteur vis-à-vis du psychotrauma dans le sens où il maximise le sentiment de contrôle, minimise celui d'impuissance et par conséquent l'éventuelle survenue d'une dissociation péri-traumatique.

Le soutien social, à condition qu'il soit positif, semble également un facteur protecteur : famille, pairs dans le cadre professionnel, etc.

Pour simplifier et comprendre les critères énoncés précédemment, je citerais le modèle CRAI. Acronyme de *Corps Relations Actions Intentions*, cette modélisation proposée par Dr Philippe Aim, qu'il détaille sur la chaîne Youtube Commpsy (épisodes 16.1 à 16.5), tente d'expliquer à quel point un événement peut se révéler traumatique et ainsi de pouvoir en évaluer la sévérité.

En résumé, plus un événement vient faire effraction profondément dans le psychisme de l'individu et vient à l'encontre de son sentiment de sécurité le plus basique, plus il sera traumatique. A l'inverse, plus la personne a la possibilité de comprendre et d'agir, en d'autres termes moins elle se sent impuissante, plus sa capacité de résilience sera grande. On considère donc que ces différents points sont, à leur niveau, facteurs protecteurs vis-à-vis du développement d'un TSPT.

Ainsi est facteur de résilience le fait que :

- Intentions : la victime peut s'exprimer (exprimer ses valeurs, ses intentions) et surtout être écoutée ou s'il n'y a pas d'intentionnalité dans l'événement traumatique comme lors d'une catastrophe naturelle.
 - o Le fait de pouvoir mettre un sens sur les événements avec intentionnalité ou de comprendre qu'il n'y en a pas dans le cas inverse permet dans la majorité des cas d'intégrer cet événement comme faisant partie de la mémoire autobiographique.
- Actions : la victime peut agir, réagir, se protéger, aider, attaquer.
 - o Ceci explique que les traumatismes psychiques dans le cadre professionnel (pompiers, policiers, médecins réanimateurs,...), bien que présents, le sont pour des intensités d'exposition bien plus élevées qu'en population générale.
- Relations : la victime est écoutée, soutenue, entendue par un tiers.
 - o Cet élément est essentiel, et comme dit précédemment, l'importance d'un soutien de l'entourage, à condition qu'il soit bienveillant et constructif, permet souvent d'être plus résilient.
- Corps : le corps de la victime est sécurisé, traité avec respect.
 - o C'est essentiel, le besoin le plus basique, notamment en cas d'atteinte à l'intégrité physique.

Sur la base de ces constatations, on comprend ainsi les fondements de la prise en charge du trouble stress post-traumatique.

e. Les outils diagnostics actuels

Afin, de diagnostiquer et d'évaluer le Trouble Stress Post-Traumatique, nous disposons d'échelles et de questionnaires, lesquels ne ciblent pas forcément les mêmes aspects du trouble (28).

La CAPS-5 pour Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 se présente sous la forme d'un entretien de 30 minutes environ. Comme son nom l'indique, elle est calquée sur le DSM-5 et permet de mesurer la fréquence et la sévérité de chaque symptôme interrogé. Elle se décline en plusieurs versions en fonction de la période évaluée et de l'âge de la personne (enfant, adolescent ou adulte). Le fait que sa passation nécessite d'être formé peut être un facteur limitant.

La PCLS et, sa version mise à jour, la PCL5 sont des échelles auto-administrées basées sur les critères diagnostics du DSM (comme expliqué plus tôt) et permettent donc, de par leur cotation,

d'affirmer ou d'infirmer la présence d'un TSPT. Il est possible de déterminer des sous-scores afin d'évaluer plus finement les symptômes cardinaux. La PCL5 est cotée de 0 à 80, car elle comprend 20 items allant de 0 à 4 en terme de sévérité, et le seuil de 38 signe un diagnostic certain de TSPT (cf. Annexe 1). On considère néanmoins que le score est significatif à partir de 33.

La SPRINT (Short PTSD Rating Interview) est également une échelle auto-administrée comportant uniquement 8 items cotés chacun de 0 à 4 selon l'intensité : au-delà d'un score de 18, les symptômes de TSPT sont considérés comme sévères.

On peut aussi mentionner l'IES-R (Echelle Révisée d'Impact des Evénements), développée en 1979 par Horowitz et al.(29), elle a été révisée depuis pour mieux correspondre aux critères du DSM-IV. Elle se propose d'évaluer subjectivement l'état de stress post-traumatique mais elle n'est pas un outil diagnostique à proprement parler.

Concernant la dissociation, plusieurs échelles existent :

La DES (Dissociative Experience Scale) se décline en 28 propositions de situations dans lesquelles le/la patient(e) évalue à quel point il/elle s'y reconnaît, de 0% (jamais) à 100% (tout le temps). Aux Pays-Bas, un score moyen de 49,4% a été obtenu chez un échantillon de personnes présentant un Trouble Dissociatif de l'Identité. Cependant, un score de 25% est proposé comme seuil par Boon et Draijer pour suspecter un trouble dissociatif (30,31).

Le Dissociation Questionnaire (Dis-Q) ressemble à la DES mais à la différence de cette dernière, il permet de calculer 4 sous-scores, à savoir :

- La confusion ou le morcellement de l'identité
- La perte de contrôle
- L'amnésie
- L'absorption

Elle permet de faire la différence entre « l'absorption » et la dissociation structurelle de la personnalité (évaluée par les trois autres catégories sus-citées) (32).

La PDEQ (Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire), se propose quant à elle d'évaluer la dissociation péritraumatique. Elle se décline en 10 items : c'est une auto-évaluation. Elaborée par Marmar et al. en 1997 (33), elle a été traduite en français par Pr Brunet, psychologue à Montréal. Chaque item y est coté de 1 à 5, on retient un score de dissociation significatif à partir de 15.

Le PDI (Inventaire de Détresse Péritraumatique) est lui aussi un auto-questionnaire. Il comporte 13 items, cotés de 0 à 4, dont l'objectif de déterminer les réactions de détresse émotionnelle au moment de l'événement traumatique et au décours immédiat (34).

Sachant que les professionnels de santé sont le premier recours des femmes se déclarant être victime (35), il y a tout intérêt à ce que ces derniers aient des outils diagnostics efficaces pour détecter le trouble stress post-traumatique et ainsi mieux le prendre en charge.

C'est dans ce but que l'échelle psycholinguistique, SPLIT-10, a été établie et constituerait un outil d'une particulière efficacité et objectivité pour poser, à partir du discours des personnes psychotraumatisées, le diagnostic de TSPT, et serait d'une particulière efficacité pour détecter la dissociation (cf. paragraphe *Le SPLIT*).

III. Particularités des violences conjugales

a. Un problème de santé publique

Ces dernières années, les mentalités ont peu à peu changé vis-à-vis de ce problème de santé publique que sont les violences conjugales. Peut-être pas suffisamment diront certains. Ce qui est sûr, c'est que la récente crise sanitaire liée au COVID-19, a relancé le débat et une nouvelle prise de conscience a abouti à la mise en place de mesures que nous détaillerons en fin de paragraphe. Pour faire un état des lieux annuels, apprécier les besoins, améliorer les prises en charges mais aussi juger de l'efficacité de ces mesures, il existe depuis 2007 l'enquête « Cadre de Vie et Sécurité » (CVS) réalisée par l'Insee. C'est une « *enquête de victimation en population générale mesurant la prévalence des atteintes aux biens et aux personnes au sein de la population française* » (35). Elle a pour but d'estimer des « *moyennes des taux et du nombre de victimes sur un an* ».

i. Statistiques

Afin de prendre conscience de l'ampleur du phénomène comme redécouvert il y a peu, « la lettre de l'observatoire des violences faites aux femmes » datant de novembre 2021 (sur les chiffres de l'année 2020) (35) reprend les résultats de cette enquête CVS et porte à notre connaissance un certains nombres de chiffres et statistiques :

- 102 femmes sont décédées sous les coups de leur conjoint (vs 23 hommes)
- 213 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victimes de violences conjugales ; moins de 20% d'entre elles ont porté plainte.

- Seuls 23693 auteurs ont été condamnés pour des violences sur leur partenaire ou ex-partenaire dont 96% sont des hommes.
- Les homicides s'inscrivent pour la plupart dans un climat de violence antérieur.
- Dans 7/10 cas, le mobile identifié par l'enquête (dispute, refus de la séparation, jalousie) est avant tout révélateur d'une volonté d'emprise et de contrôle de l'auteur sur sa partenaire.

Si la plupart des victimes sont des femmes et de fait, les agresseurs, des hommes, l'inverse existe aussi. Dans un sens ou dans un autre, les violences conjugales ont fatalement un impact sur les enfants du couple, quand il y en a. Quelques chiffres sont là pour nous rappeler la portée de ces violences. On dénombre ainsi :

- 14 infanticides dans un contexte de violences conjugales dont 8 enfants tués en même temps que leur mère.
- 16 enfants témoins de scène de crime dans 9 affaires différentes.
- 82 enfants orphelins suite aux homicides au sein du couple.

Et qu'en est-il des violences sexuelles ?

Toujours selon ce rapport, les violences sexuelles auraient un caractère davantage répétitif que les autres types de violences au sein du couple.

Parmi les couples où se produisent des violences, le pourcentage cumulé de femme étant victime de violences sexuelles s'élève à 29% (15% de violences sexuelles uniquement et 14% de violences mixtes, à la fois physiques et sexuelles).

En quelques chiffres :

- 94 000 femmes majeures ont déclaré avoir été victime de viols et/ou de tentatives de viols
 - o 9/10 connaissaient leur agresseur
 - o 1/10 a osé porter plainte (chiffre 2018)
 - o Le conjoint, ou l'ex-conjoint est l'auteur dans 38% des cas de viols de femmes majeures.
 - Les viols au sein du couple représentent donc plus d'un viol sur trois.
 - Soit une hausse de 26% des viols intraconjugaux entre 2019 et 2020.

ii. Discussion à propos de ces chiffres

Ne sont véritablement comptabilisées que les violences enregistrées par les forces de sécurité : ces statistiques sont donc sensibles aux déclarations effectuées et par extension à la prise de conscience de la population à propos de ce sujet. Le nombre de victime de violences au sein du couple est ainsi passé de 144 400 en 2019 à 159 400 en 2020, soit une augmentation de 10% en un an.

Comme nous le disions un peu avant, les déclarations de viols intraconjugaux ont, quant à elles, augmenté de 26%. Les violences volontaires sans ITT ont également augmenté de 20%, confirmant l'évolution déjà constatée les années précédentes.

L'augmentation de la déclaration des viols intraconjugaux semblerait ne pas refléter une augmentation des faits mais plutôt de la prise de conscience collective de cette entité bien qu'il y ait encore des progrès à faire en la matière :

« 1 Français-e-s sur 5 considère encore que le fait de forcer son conjoint à avoir des rapports sexuels n'est pas un viol », Dr Muriel Salmona.

En parallèle à tout cela, le nombre d'homicides en 2020 a baissé par rapport à 2019 : il est passé de 146 en 2019 à 102 en 2020. Cette baisse semble paradoxale compte-tenu des événements liés à la situation sanitaire, du fait des confinements successifs qui avaient laissé à penser que ce nombre grandirait. Aussi peut-on supposer que le plus large déploiement de dispositifs tels que les Bracelets Anti-Rapprochement (BAR) ou les Téléphones Grave Danger (TGD), la meilleure connaissance de la ligne d'écoute 3919 et l'augmentation du nombre de places d'hébergement dédiées notamment entre 2020 et 2021, ont largement contribué à la prévention de ces homicides.

On peut aussi mentionner la diffusion du mouvement Me too ou #Me too qui est apparu en 2007, mais qui, relayé par certaines célébrités, journalistes ou avocates s'est fait plus largement connaître à partir de 2017. Ce mouvement a pour but de lever l'omerta sur les violences sexuelles et ainsi d'inciter les victimes à témoigner, d'où une probable explication à l'augmentation des dépôts de plainte effectués.

iii. Les dispositifs existant

Citons en premier lieu les Téléphones Grave Danger. Pour information, ils sont remis par le Procureur aux femmes victimes de violences dont le danger persiste de par la proximité avec leur

agresseur, le risque de représailles, etc. Ils ont pour but d'alerter rapidement les forces de l'ordre en cas de danger. On dénombre pour l'année 2021 un total de 3036 de ces téléphones dont 1969 étaient actifs contre 1684 en 2020.

Le recours au Bracelet Anti-Rapprochement est quant à lui plus récent, à savoir décembre 2020. Il a également pour but de protéger les victimes et son déploiement ne nécessite pas systématiquement de dépôt de plainte, même si ce dernier est souhaitable. Seule une ordonnance de protection est requise. Dans ce sens a été créé en 2020 également le Comité National de pilotage de l'Ordonnance de Protection (CNOP) afin de promouvoir cette mesure.

En outre, les structures d'hébergements sont un point crucial à la prise en charge de ces femmes, la priorité étant leur mise à distance avec l'auteur pour elle, ainsi que pour leur(s) enfant(s). Dans le cadre du Grenelle des violences conjugales a été décidée une majoration du nombre d'hébergement de 1000 places avec alors un total de 6523 logements en 2020. Ce nombre a été porté à 7661 places en 2021, soit une augmentation de 16% en un an. A noter que ces places ne sont pas un simple endroit où dormir : en fonction du degré d'urgence et de dangerosité de la situation, est décidé soit un placement en résidences sécurisées (où seules les personnes hébergées ont accès), en appartement diffus ou en chambre « d'appart'hotel ». De plus, elles peuvent y bénéficier d'un suivi adapté par des professionnels formés.

b. Le phénomène d'emprise

Dans le cadre des violences conjugales, on s'intéresse particulièrement à un type précis de psychotrauma, qui est celui du psycho-traumatisme complexe car on se trouve bien souvent confronté, au travers des récits de ces femmes, à un énoncé d'événements s'accumulant au fur et à mesure des jours, des mois, des années,... subis par celles-ci, jusqu'au point de rupture où l'emprise n'est plus suffisante face à la violence de la réalité et où l'instinct de survie finit par reprendre le dessus, dans le meilleur des cas.

Souvent négligé ou considéré comme un frein aux différentes psychothérapies, ce mécanisme d'emprise mérite d'être explicité, que ce soit pour les victimes, dans un but de compréhension qui sera en lui-même thérapeutique, ainsi que pour tous les professionnels qui ont affaire à ces femmes, comme liées par des entraves invisibles qui les invalident tant.

Muriel Salmona, dans son ouvrage « Violences conjugales et familles » paru en 2021 (36), définit le phénomène d'emprise comme « *un processus de colonisation psychique par le conjoint violent qui a pour conséquence d'annihiler leur volonté* ».

Outre des raisons neurobiologiques que nous verrons par la suite, d'autres plus pragmatiques, et qui relèvent finalement du bon sens, empêchent ces femmes de dénoncer ces agissements, de quitter le domicile. Parmi celles-ci, on peut citer les menaces de mort en cas de séparation (pour ces femmes ou leur famille) et la dépendance qui finit par s'installer, qu'elle soit financière ou administrative, notamment dans le cas de femmes qui ont immigré. On peut également mentionner l'isolement social qui préexistait peut-être à la relation mais qui, dans la majorité des cas, est obtenu progressivement par le conjoint violent dans un but de renforcer son contrôle sur la personne.

Et les chiffres leur donnent éminemment raison (cf. paragraphe *Un problème de santé publique*) d'avoir peur et de se taire, d'autant plus qu'il faut affronter le regard de l'autre, représentant de la loi, qui, dans une logique judiciaire, cherchera à comprendre pourquoi leur situation est devenue aussi grave, leur demandant ainsi de se justifier. Le fait que moins d'une personne sur cinq victime de violences conjugales (physiques et/ou sexuelles) au sein du couple seulement dépose plainte (35) rend certainement compte de ce phénomène. Difficile en effet d'avertir alors que son agresseur est toujours présent à ses côtés. La proportion de celles (et ceux) qui finissent par dénoncer leur compagnon augmente quand elles ne vivent plus avec l'auteur : 44% contre 16% initialement (35).

Toujours dans ce même ouvrage de Dr Salmona, il est expliqué que les violences conjugales sont particulièrement pourvoyeuses de trouble stress post-traumatique et notamment quand il existe des viols intraconjugaux : « *les violences conjugales, qu'elles soient psychologiques, physiques ou sexuelles, en traumatisant et en dissociant la victime, sont une arme très efficace pour la mettre au service du confort physique, sexuel, psychique, financier de son conjoint, la transformant en esclave, en thérapeute...* » (36).

À force de violences, le conjoint va finir par « s'immiscer dans le cerveau » de sa compagne, laquelle finira par être traumatisée et s'approprier ses dires, ne plus avoir confiance en elle, en son jugement, et présenter tout le cortège des cognitions négatives qui revient si souvent en entretien.

La violence dans cette relation inégale va sidérer la victime (cf. chapitre *Neurobiologie*), l'anesthésier pour mieux supporter son sort et finalement aboutir à un état de confusion qui ne fera que renforcer l'emprise que le compagnon violent exerce, renforcer la soumission.

On constate donc un état de dissociation prolongée et la création parallèle d'une mémoire traumatique (cf paragraphe *Dissociation structurelle*). Ainsi détachée de ses émotions, voire amnésique (amnésie dissociative), elle est incapable d'alerter, incapable de se rendre compte de la gravité de la situation, incapable de se projeter ailleurs...

Une prise en charge adaptée, avec des professionnels informés et formés, est essentielle. « *Déconstruire l'emprise et restaurer la personnalité de la victime par sa mise en sécurité et par le traitement de ses troubles psycho-traumatiques* » (36) est l'objectif idéal mais ne s'improvise pas.

c. Le phénomène de répétition

Quand la personne est à proximité de son agresseur, l'état de dissociation chronique se maintient, l'anesthésie émotionnelle est encore présente et la mémoire traumatique, tenue à distance. A l'inverse, à partir du moment où la personne n'est enfin plus exposée aux violences, au danger, cette mémoire traumatique revient, d'autant plus forte qu'elle est restée lointaine durant une longue période. Cette état de conscience soudain de tout ce qui a pu se produire est pour ainsi dire intolérable. La personne va alors devoir adopter des stratégies pour s'anesthésier à nouveau, lesquelles peuvent être de plusieurs types :

- On peut retrouver les classiques conduites d'évitement dont la signification n'échappe à personne : en évitant de se confronter à nouveau à ce qui rappelle les événements, la mémoire traumatique n'est volontairement pas réactivée.
- Mais il y a également les mises en danger, qui, en provoquant un stress suffisamment important, va dissocier à nouveau la personne.
- À l'extrême, et dans un nombre assez important de cas, la personne retournera avec son agresseur ou ira vers un nouveau compagnon violent qui pourra ainsi la « redissocier » et apaiser ses tourments : « *elle pourra croire qu'elle l'a dans la peau, qu'elle est dépendante de lui et qu'elle ne peut pas se passer de lui, alors que c'est dans son amygdale qu'il loge !* » (12,20,36).

A la lumière de ces explications, il paraît évident que cela échappe à la conscience de la personne traumatisée. Cependant, d'un point de vue extérieur, encore malheureusement partagé par un certain nombre de professionnels, ce phénomène d'emprise et finalement de répétition peut paraître

décourageant, et parfois interprété comme une sorte de complaisance à rester dans la situation dangereuse, une trahison envers ceux qui tentent en vain de les aider (37).

Si l'aspect dissociatif est explicité, il en est un autre qui mérite de l'être également : l'aspect intégratif. En effet, on observe souvent que de manière plus ou moins consciente, l'individu traumatisé va aller « au-devant » d'autres traumatismes plus ou moins similaires : on observera alors des mises en danger notamment. C'est ainsi qu'il sera à nouveau victime pour, en quelque sorte, obtenir une meilleure lecture du trauma initial, et peut-être, pouvoir réagir différemment, comme une tentative d'assimilation :

*« Le retour d'un événement traumatique éclate de l'écho et de la résonance entraînés par une autre situation de vie qui rappelle l'initiale de manière plus ou moins directe ou plus symbolisée »,
Dr Auxéméry (38).*

A l'inverse, dans une proportion qui cette fois-ci sera nettement moindre, la victime deviendra auteur, essayant alors de s'identifier à son agresseur et de comprendre les raisons de son passage à l'acte sur elle.

L'anamnèse est donc d'autant plus importante qu'elle doit rechercher systématiquement des traumatismes infantiles, clé de compréhension d'une grande partie de ces comportements.

d. Trouble Stress Post-Traumatique et violences sexuelles

Les violences conjugales sont particulièrement pourvoyeuses de trouble stress post-traumatique de par la gravité des événements, indépendamment du profil initial de la victime : 58% de ces victimes développent un TSPT contre 24% pour les autres types de traumatisme. Comme nous l'avons vu, un certain nombre de violences conjugales sont en réalité des violences sexuelles. Et ces chiffres sont d'autant plus importants quand on s'intéresse à ce type de violences, portant à la fois atteinte à l'intégrité physique, morale et psychique : on dénombre alors jusqu'à 80% de personnes traumatisées psychiques (19).

Selon une autre étude, les agressions sexuelles, et à plus forte raison les viols, sont également reconnues comme étant un facteur de risque de présenter un TSPT (pour ne pas dire, le plus grand facteur de risque) : aux Etats-Unis, il a été démontré que 48% des victimes d'agressions sexuelles

présentaient une symptomatologie post-traumatique à 3 mois, contre 25% chez les victimes d'agressions autres que sexuelles (39).

Dans les syndromes de stress post-traumatique consécutifs à un viol, on constate souvent un syndrome d'évitement important (40) qui revêt des manifestations particulières. Cela passe souvent par des TOC de lavage s'expliquant par l'impression d'avoir été souillée ou par des TOC de vérification pour s'assurer de l'absence de l'auteur. Un certain nombre d'entre elles développeront une agoraphobie dans son tableau clinique le plus complet quand d'autres ne s'autoriseront « simplement » plus les endroits qu'elles considèrent dangereux.

Dans le même esprit, l'apparence physique est fréquemment amenée à changer soit par la présence de TCA, à type d'anorexie ou à l'inverse de binge-eating, sans oublier de citer la boulimie, particulièrement prévalente dans ce cas de figure, soit par une adaptation de la tenue vestimentaire, de manière à être moins désirable et donc par extension, moins en danger. Les troubles du comportement alimentaire seraient à considérer comme étant donc des stratégies d'adaptation et de régulation des émotions dans ce contexte particulièrement traumatique (41).

En outre, le fait d'être de sexe féminin constitue un facteur de risque de développer, face à une situation traumatisante, un TSPT. Mais le fait que les femmes soient plus souvent victime d'agression sexuelle que les hommes viendrait-il « gonfler » ce ratio, puisque davantage de femmes seraient traumatisées par ce biais ? Il n'existe pas de réponse claire dans la littérature, mais c'est une hypothèse que l'on doit considérer.

Ces chiffres et conséquences sont donc à garder en tête en ce qui concerne la prise en charge des femmes victimes de violences conjugales, et notamment sexuelles.

IV. Neurobiologie

a. Particularités neurobiologiques du psychotraumatisme

On sait désormais que des facteurs neurobiologiques sont à l'origine des manifestations rencontrées devant un événement particulièrement traumatisant. Ces mécanismes sont, à la base, présents pour adapter rapidement le comportement de l'individu face à un danger mais lorsque la menace est extrême, telle la menace pour l'intégrité physique/menace vitale, ils vont être dépassés et aboutir à la dissociation péritraumatique.

Mais comment expliquer le fait que les troubles perdurent ? La réponse résiderait dans la modification plus pérenne du fonctionnement cérébral, se prolongeant bien au-delà de celle de l'instant traumatique (42). Voici un résumé, qui ne saurait être une synthèse exhaustive, de la littérature actuelle.

Lors d'une menace, il y a une sécrétion excessive d'hormones du stress, à savoir, le cortisol (glucocorticoïdes), l'adrénaline, la noradrénaline, et les opiacés endogènes, notamment dans les aires cérébrales destinées à intégrer les informations. Si ces hormones, à concentration normale, permettent un maintien de l'éveil et de la concentration, à hautes doses, il semblerait qu'elles peuvent empêcher une intégration optimale des informations.

On a constaté une concentration particulièrement élevée de noradrénaline lors d'événements stressant au niveau hippocampique (12). Or Les travaux de Bremner et al. (43) ont démontré expérimentalement qu'il existait des modifications du métabolisme cérébral, en comparaison aux témoins, lors d'une élévation du taux de noradrénaline chez les sujets souffrant de TSPT au niveau des cortex hippocampique, orbito-frontal, pariétal ainsi qu'en préfrontal : ce métabolisme serait ainsi ralenti chez ces sujets alors que l'inverse se produit chez ceux jugés sains. Si le fonctionnement de ces aires intégratives est diminué, certainement est-ce l'explication d'un défaut d'intégration parmi cette population et, par extension, d'une plus grande propension par la suite à présenter un TSPT lors d'une réexposition à un événement traumatisant.

Il a également été prouvé que la mémoire était altérée de façon globale après un psychotrauma du fait de la modification des circuits incluant l'hippocampe, l'amygdale et le cortex préfrontal médial (44). Il en résulterait un défaut d'encodage (cf. paragraphe *Dissociation structurelle*). Ainsi, on retrouve une diminution du volume de l'hippocampe, en comparaison avec le sujet non traumatisé, chez le sujet présentant un TSPT. Cette constatation serait significativement associée, notamment, à un déficit de mémoire verbale (45).

Si la région cérébrale la plus touchée dans ces conditions de traumatisme semble être l'hippocampe, d'autres structures cérébrales sont néanmoins en jeu dans la réaction face à un stress et notamment l'amygdale, qui intervient dans l'intégration des informations sensorielles, des émotions. De plus, on peut inclure le cortex préfrontal comme jouant un rôle important dans cette réaction (44).

Notons également un probable rôle du neuropeptide CRF (pour Corticotropin-Releasing Factor), qui, présent en plus grande quantité chez les patients traumatisés, reflèterait une altération du système de neurotransmission. Il participerait également aux symptômes neurovégétatifs du trouble (46).

b. Les troubles de l'attachement

« *La sécurité relationnelle permet de s'autonomiser* », Dr Philippe Aim.

« *L'attachement se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son caregiver pendant la première année de sa vie* » (Bowlby) (47).

Attardons-nous un peu sur le concept d'attachement, et par extension de troubles de l'attachement, et comment ne pas citer John Bowlby, célèbre psychanalyste du vingtième siècle, connu pour avoir théorisé ses différents types. Ses observations cliniques d'enfants, durant la Seconde Guerre Mondiale, donc malheureusement dans un contexte insécurité de séparation et de deuil, l'ont conduit à la conclusion que l'être humain, de par sa condition immature et dépendante dans ses premières années de vie, a besoin de s'attacher précocement et de manière sécurisée pour développer convenablement sa vie affective et émotionnelle.

Partant de ce principe, il émet l'hypothèse que les interactions précoces conditionnent les relations et les émotions de l'individu tout au long de sa vie puisque, selon lui, « *les émotions sont habituellement le reflet de l'état des liens affectifs d'une personne, donc la psychologie et la psychopathologie des émotions se trouvent être en grande partie la psychologie et la psychopathologie des liens affectifs* » (48).

En effet, d'un point de vue neurobiologique, face à une situation dangereuse, de peur, le tout-petit va, comme l'adulte, voir la « hiérarchie » de son cerveau s'inverser (cf. paragraphe suivant *Dissociation*). Les cerveaux limbiques et reptiliens vont s'activer, le cortex sera ainsi inhibé. Alors immature, il n'arrivera « à normaliser » sa hiérarchie cérébrale que si l'adulte référent est capable de le sécuriser. En effet, la figure d'attachement durant les trois premières années de vie (les 1000 premiers jours) est capitale dans le sens où l'enfant ne peut se référer aux situations antérieures pour se rassurer, car elles n'ont jusqu'alors pas été mémorisées. La qualité de l'attachement viendra donc modeler ses circuits neuronaux immatures et conditionner sa capacité future à faire face à des événements traumatiques : de la relation précoce sécurisée née la capacité de résilience (20).

En d'autres termes, sachant que la myélinisation du système limbique intervient précocement dans le développement de l'enfant, c'est-à-dire, dans les 18 premiers mois de vie et que durant cette même période, l'hémisphère droit, associé étroitement au système limbique, va croître et se développer, la déduction légitime est que les zones limbiques et corticales de l'hémisphère droit seront impactées par les expériences, bonnes ou mauvaises, d'attachement : c'est ce que démontre Schore dans ses travaux sur l'hémisphère cérébral droit (49).

Cet impact a été démontré objectivement par l'imagerie cérébrale. « *Les enfants psychotraumatisés ont un développement neurobiologique différent de celui d'enfants élevés dans un environnement sécurisant* » (10). Cela implique qu'ils ont des difficultés dans la gestion de leurs émotions autant que dans leur caractérisation et par conséquent, dans leur verbalisation. Il y aurait donc une corrélation entre certains types d'attachement et le développement ultérieur de trouble de la personnalité (50) et/ou de l'apparition d'un DESNOS (cf. paragraphe *Le DESNOS*).

De même, il est désormais prouvé que les maltraitances dans l'enfance, et par conséquent le développement d'un trouble de l'attachement, sont un facteur de risque de développer un TSPT à l'âge adulte avec caractéristiques dissociatives (20).

c. La dissociation

i. De l'intégration à la dissociation

Le psychisme se constitue en une unité cohérente grâce à une activité de « synthèse » (12,13,15), d'intégration. Ainsi pour qu'une personne puisse interagir de façon optimale avec son environnement, elle doit avoir intégré, personnifié les événements qui lui sont arrivés, qui sont passés, pour pouvoir également se projeter dans le futur et vivre le moment présent (présentification) : se percevoir comme « soi » à travers le temps (12). Elle doit dans le même temps faire la somme des informations provenant de l'intérieur, les ressentis corporels, et les afférences extérieures. Le tout confèrent à l'individu son identité et son unicité.

Cependant « *en cas d'effraction par un événement traumatique, l'enjeu pour le cerveau n'est plus de fabriquer du soi et du sens mais d'assurer la survie* » (20).

ii. Les différents types de dissociation

1. La dissociation physiologique

La dissociation est définie à l'inverse de l'intégration, comme une perte de l'unité psychique. Elle n'est pas forcément pathologique. Le fait de se dissocier relève d'un cycle naturel durant l'éveil alternant des phases de concentration où les facultés d'association sont opérationnelles et des phases de dissociation où l'attention devient fluctuante, dont la finalité est d'associer, a minima, les informations récentes. Le plus gros du travail de dissociation/encodage des souvenirs/association se réalise au cours du sommeil, où les associations sont pour la plupart relâchées, conférant à nos rêves un caractère souvent incompréhensible au premier abord.

Parallèlement, on sait qu'il y a, en terme d'état émotionnel, un niveau optimal où les apprentissages s'effectuent : en-dessous d'un certain niveau d'émotion, l'apprentissage ne sera pas pérenne car il y a, à ce moment-là, une prédominance d'activation du système parasympathique. Pour exemple, se souvenir de son déjeuner, trois jours auparavant, n'est pas forcément aisé si rien d'exceptionnel n'est venu attirer l'attention durant ce moment. En revanche, il y a de fortes chances qu'on se souvienne du menu d'un excellent restaurant, à l'occasion d'un anniversaire. Tout cela est donc lié à la charge émotionnelle.

A contrario, quand il y a trop d'émotions comme lors d'un événement traumatique, il y a une activation forte du système sympathique, du moins au début, qui peut provoquer des troubles mnésiques dans le sens d'une amnésie ou à l'inverse, d'une hypermnésie (13).

Mais la dissociation peut également être provoquée à l'occasion d'une émotion forte, positive ou négative, en dehors de tout traumatisme. Elle n'est alors pas considérée comme pathologique.

Un autre type de dissociation que nous ne développerons pas dans ce paragraphe (cf. chapitre *Les perspectives de prise en charge*) est la dissociation thérapeutique, base de l'hypnose.

2. La dissociation pathologique

La dissociation est reconnue pathologique quand elle devient invalidante pour le sujet, c'est-à-dire, quand elle est prolongée et qu'elle n'est pas limitée à une circonstance particulière où elle serait utile.

La dissociation péri-traumatique est reconnue comme facteur de risque de développer un TSPT (51,52). Elle provoque, au moment de l'événement, un détachement permettant en quelque sorte de « court-circuiter » la pensée, les cognitions, et d'enclencher des réactions automatiques de fuite, de combat ou quand cela n'est pas possible, de sidération. Ainsi on comprend que cette dissociation est significativement corrélée au TSPT parce que « *les souvenirs encodés dans un contexte dissocié ne peuvent être traités émotionnellement et continueront à se présenter à la conscience sous la forme d'intrusions* » (53). Les émnésies sont, rappelons-le, le signe pathognomonique de ce trouble.

iii. Que se passe-t-il d'un point de vue neurobiologique ?

Si on se réfère à la théorie du « cerveau triunique » de MacLean (54), établie en 1990, on y distingue 3 parties : le cortex (préfrontal), le cerveau limbique et le cerveau reptilien (tronc cérébral) :

- Le cortex préfrontal a pour rôle d'intégrer les informations sensorielles provenant du monde extérieur, les informations internes grâce à ses connexions avec le cerveau limbique et d'élaborer des processus cognitifs complexes (20). En temps normal, c'est lui qui prévaut en inhibant les réponses instinctuelles des « autres » cerveaux.
- Le cerveau limbique contient quant à lui l'hippocampe, qui, comme nous l'avons vu précédemment, intervient dans des processus de mémorisation et notamment dans la mémoire épisodique et l'amygdale, chargée de doter les expériences vécues d'un contenu émotionnel. Cette amygdale est également le « centre de la peur ».
- Le cerveau reptilien est celui qui centralise les fonctions vitales et assure la régulation des systèmes endocriniens et immunitaires. C'est à lui que l'on doit les 3 F : Fight (combat), Flight (fuite) or Freeze (figement/sidération), autrement dit, la dissociation. Il organise, en fonction du contexte, cette réaction de survie, indépendamment d'un processus conscient.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, en situation de danger, la hiérarchie du cerveau va « s'inverser » chez le tout-petit et c'est l'adulte référent qui l'aidera à retrouver son équilibre. Chez l'adulte, c'est grâce à sa capacité acquise notamment durant l'enfance, du fait de la qualité de l'attachement qu'il aura reçu dans ses premières années de vie, qu'il y parviendra.

En parallèle et venant d'une certaine manière compléter cette théorie de cerveau « triunique », il y a la théorie « polyvagale », expliquant les modulations des systèmes nerveux autonomes sympathiques et parasympathiques.

Porges (55) nous dit notamment qu'il y a 500 millions d'années est apparue la branche dorsale du système parasympathique : cette branche a pour rôle de figer l'individu, d'apparaître comme mort devant un danger potentiel, c'est ce qui est appelé la « thanatose ». Cette réaction réflexe a été un mécanisme de survie très utile dans ce contexte primitif et l'est encore pour l'ensemble du règne animal.

Ensuite serait apparu le système sympathique, à l'origine des réactions « actives » de survie : le combat ou la fuite. Largement influencée par la sécrétion d'adrénaline, son activation permet de manière concomitante une accélération du rythme cardiaque et une bronchodilatation, préparant le corps à une activité physique intense.

Pour finir, la branche ventrale du système nerveux parasympathique, complétant l'évolution des mammifères il y a 80 millions d'années, assure l'« engagement social », la communication.

En cas de danger, c'est donc la branche ventrale, devenue inutile en cas de danger persistant qui sera inhibée en premier. Le système nerveux sympathique s'activera, préparant à la lutte ou à la fuite. Mais en cas d'impossibilité de ces deux réactions, alors même que cette activation sympathique sera à son paroxysme, la branche parasympathique dorsale s'activera à son tour, évitant au cerveau une « surchauffe », un taux d'hormones qui serait létal si leurs sécrétions se poursuivaient (56). A ce stade, l'individu sera figé, anesthésié, dissocié.

Dans les violences conjugales comme dans les maltraitances de l'enfant, la fuite ou le combat est souvent impossible : l'activation répétée de la branche parasympathique dorsale va entraîner une inhibition pérenne de la branche ventrale, et de ce fait, un désengagement social, un retrait progressif, pour aboutir à l'isolement. C'est une des explications des troubles de l'attachement et de la dissociation structurelle, ces notions étant étroitement liées comme nous l'avons déjà évoqué.

d. L'utilité pour la compréhension des troubles/psychoéducation/et après ?

Bien qu'il existe des facteurs prédisposant et à l'inverse des facteurs protecteurs, avec la neurobiologie, on comprend mieux que la dissociation et même le psychotrauma en lui-même, n'est pas « l'apanage des faibles » mais bel et bien un processus échappant à la conscience du sujet, reproductible, dans le sens où les manifestations d'une personne à l'autre pourront être sensiblement similaires, et parfaitement explicable.

Les découvertes de ces dernières années sont un atout solide à la psychoéducation et explicitent l'ensemble des symptômes, si variés soient-ils, jouant ainsi un rôle central de déculpabilisation.

La connaissance de l'origine des troubles est essentielle et déjà thérapeutique en soi, permettant un début de déconstruction des mécanismes d'emprise et de répétition et offre une grille de lecture des dysrégulations émotionnelles qui en découlent. Cependant, elle n'est pas suffisante à la résolution du trouble psychotraumatique : différentes psychothérapies existent s'associant ou non aux traitements psychotropes dont nous disposons, au gré des besoins.

Le but, après la compréhension, étant l'intégration des souvenirs traumatiques, de manière à ne plus « hanter » le psychisme de l'individu.

V. L'intérêt de l'approche psycholinguistique

a. Principe

Pour toute autre pathologie psychiatrique, on s'intéresse, peut-être sans le savoir ou du moins, sans s'en rendre vraiment compte, à l'aspect psycholinguistique. D'un patient maniaque, on dira que sa fluence verbale est accélérée, alors logorrhéique, qu'il y a des coq-à-l'âne, des ludismes, que la thématique du discours est congruente ou non à l'humeur... A l'inverse, d'un patient dépressif, on remarquera une fluence verbale diminuée, un ton monocorde, etc. Chez l'individu présentant une pathologie psychotique, c'est davantage une désorganisation que l'on recherche ou les thématiques délirantes, qui, sans surprise, se manifestent entre autres à travers le discours. Alors qu'en est-il du psychotraumatisme ? Pourquoi ne transparaîtrait-il pas dans le langage au même titre que les autres troubles psychiatriques ?

Il est alors question d'étudier ce que disent « les gens » et comment ils le disent. La retranscription à l'écrit d'enregistrements en est un bon moyen. Ainsi il est possible d'analyser les champs lexicaux, les pronoms, le nombre de proposition, la syntaxe,... de manière très précise, à l'aide ou non de logiciels. Cette présente étude n'est pas la première à s'être intéressée à cet aspect concernant les troubles psychotraumatiques.

b. Un état des lieux de la littérature

Outre les précédents travaux de Dr Auxéméry et Pr Gayraud (5,57,58), d'autres équipes à l'internationale se sont penchées sur cette problématique, bien que les publications, au final, ait été peu nombreuses. En voici quelques exemples :

On peut citer les travaux de Foa et al. Dans une étude, datant de 1998, il est mis en évidence par Amir et al. (dont Edna B. Foa est co-auteurice) que moins un récit traumatique est développé dans sa structure, plus cela entrave la guérison du trauma (59). Réciproquement, dans son article de 2006, Foa démontre que réussir à parler et à élaborer autour de son traumatisme est curateur (60).

En 2002, il est mis en évidence par Zoellner et al. (dont Edna Foa est également co-auteurice) qu'au travers du récit transcrit et analysé de femmes qui ont subi pour certaines des viols et d'autres non, que la proportion de mot appartenant au champ lexical de la mort serait positivement corrélée à la sévérité des symptômes post-traumatiques (61).

D'autres résultats, moins concluant, ont montré grâce aux travaux de Bedard-Gilligan et Zoellner (62) que l'aspect fragmenté du discours restait inchangé après l'instauration d'un traitement, et peu importe son type (exposition prolongée ou traitement antidépresseur par sertraline).

Nous venons donc, grâce à cette présente étude, étoffer les connaissances sur ce sujet.

c. Le SPLIT

Le Syndrome PsychoLinguistique Traumatique, mis en évidence par Dr Auxéméry et Pr Gayraud en 2020 (63) consiste en la caractérisation de particularités psycholinguistiques significativement présentes dans le discours des personnes traumatisées. Comme dans l'étude que nous présentons dans cette thèse, ce nouveau concept a vu le jour grâce à la passation d'entretiens semi-structurés de personnes psychotraumatisées parmi une population de militaires. A la différence près que nous nous sommes ici intéressés aux femmes victimes de violences (et notamment conjugales). Mais en quoi consistent ces particularités ?

Fait intéressant, l'étude des transcriptions de ces entretiens semi-dirigés a montré que dans le discours transparaisait le syndrome de répétition traumatique. Le SPLIT a donc été défini en trois axiomes (63) :

- L'anomie traumatique se présente comme une impossibilité pour la personne d'évoquer avec précision son traumatisme. Cet élément peut être perçu tel le témoin à la fois de la dissociation péri-traumatique et du syndrome d'évitement.
- Les répétitions linguistiques, comme venant faire intrusion telles les reviviscences.
- Et la désorganisation discursive, témoin de la dissociation persistante.

En effet, lors de l'évocation de souvenirs traumatiques, le langage s'appauvrit en quelque sorte, à l'image même de ces souvenirs. Il y a alors une diminution du nombre de mots de vocabulaire employés, ce qu'on désigne comme une baisse de la densité lexicale, en comparaison aux mots grammaticaux. La structure du discours est également moins diversifiée : il y a moins de mots, moins de propositions, etc. Au maximum, la personne sera uniquement capable de verbaliser des bribes de phrases, de mots, voire seulement les mots grammaticaux.

A contrario, on constate une surreprésentation des thématiques concernant les sensations corporelles ainsi que les émotions, ce qui s'expliquerait par l'encodage particulier de ces souvenirs, dont l'émotionnalité est particulièrement intense, comme vécue sur le moment présent à la moindre évocation, ne faisant pas partie de la mémoire épisodique, comme nous l'avons vu (cf. paragraphe *Dissociation structurelle*). Preuve en est également que le présent de narration historique est le temps privilégié dans ces récits traumatiques.

Tous ces éléments contribuent à rendre au discours un aspect répétitif, parfois incohérent, car pauvre, peu diversifié, entrecoupé de pauses silencieuses, de mots « inutiles » à la compréhension des événements mais chargés d'émotions négatives, de souffrances (et notamment l'évocation des souffrances physiques, quand elles ont été présentes), donnant à ces récits cet aspect si caractéristique, absorbant par moment l'individu dans ses reviviscences, en proie à la dissociation... Malheureusement, c'est ce même aspect qui fait encore douter nombre de personnes non sensibilisées, non formées, y compris parmi les professionnels, au lieu de les conforter dans l'hypothèse psychotraumatique.

Partant de ces constatations, l'intérêt était de démontrer à quel point ces particularités sont corrélées au psychotraumatisme, en somme, pouvoir le diagnostiquer par ce biais, le diagnostiquer le plus précocement possible, et en apprécier sa sévérité. Force est de constater que nombre de diagnostics sont malencontreusement portés à des stades tardifs car, par essence, ces événements sont indicibles, traduisant la dissociation consécutive jusque dans le langage.

Pour ce faire, les plus pertinents des marqueurs linguistiques ont été sélectionnés afin d'établir une nouvelle échelle, davantage objective, pour repérer les sujets traumatisés psychiques. On retrouve donc parmi ces marqueurs pertinents : le champ lexical de la mort, des parties du corps et de l'irréalité, les verbes de perception, de mouvement ou de position du corps, le contexte spatial, le contexte temporel, les énoncés incomplets, les répétitions contiguës et pour finir les métaphores. Dix

items ont été retenus dans l'objectif d'en faciliter la passation et de discriminer le plus finement possible les récits traumatiques des récits non traumatiques (58) (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : l'échelle SPLIT-10

1	Mort
2	Contexte spatio-temporel
3	Etrangeté – irréalité
4	Métaphore ou comparaison
5	Parties du corps
6	Verbe de mouvement du corps ou de position du corps
7	Pronom générique
8	Perceptions – Sensations (x2)
9	Répétitions (x3)
10	Mot ou énoncé incomplet

Mais pourquoi ces items ?

Devant l'horreur de la situation traumatique, la mort, jusque-là à peine imaginée et mise à distance dans une illusion d'immortalité qui anime tout individu (5), est devenue tout à coup une réalité potentielle. On comprend à la lumière de cette remarque que la surreprésentation du champ lexical de la mort soit significativement corrélée à la présence d'un TSPT. Cette violence, peu importe le type de traumatisme, va être à l'origine d'une dissociation péri-traumatique (cf. paragraphe *Dissociation*), laquelle transparaîtra dans les champs lexicaux de l'étrangeté et de l'irréalité.

Dans le même ordre d'idée, cette dissociation change la perception de l'individu à ce moment-là, visuelle notamment mais aussi sensorielle dans sa globalité, comme si sa vision des choses était davantage focalisée sur des éléments contextuels, ne s'inscrivant finalement pas dans une vision globale comme pourrait le faire un souvenir sans tonalité traumatique : c'est ainsi qu'on retrouvera les items « contexte spatio-temporel », « partie du corps », « verbe de mouvement ou de position du corps » et « perceptions/sensations ».

On note également l'utilisation accrue des pronoms génériques, postulant que le souvenir n'a pas été intégré comme faisant partie de la mémoire autobiographique, comme s'il s'était produit mais à une autre personne.

Les répétitions contiguës sont le signe le plus flagrant des reviviscences. Les métaphores et comparaisons sont utilisées afin de s'approcher davantage du ressenti pourtant indescriptible de ces souvenirs terribles.

Et pour finir, les mots ou énoncés incomplets, telle une fracture dans le langage qu'il faut rétablir, une effraction dans les représentations du sujet blessé psychique (1), signant aussi la dissociation.

En conclusion, le Syndrome PsychoLinguistiqueTraumatique et l'échelle SPLIT-10 qui en découle sont une nouvelle approche du concept de dissociation, qu'on sait maintenant largement corrélée au TSPT, plus objective que les autres outils diagnostics basés sur la nosographie décrite dans le DSM.

VI. L'étude en elle-même

Etude de l'agentivité dans le discours de femmes souffrant de trouble de stress post-traumatique dans les suites de violences conjugales

Study of agency in the discourse of women suffering from post-traumatic stress disorder in the aftermath of domestic violence

Résumé :

Introduction. – Davantage objective que les approches sémiologiques et psychométriques actuelles, la psycholinguistique ouvre un renouveau épistémologique de la conception du trauma.

Méthodes. – Un récit traumatique et un récit non-traumatique ont fait l'objet d'un codage linguistique et d'une cotation à l'échelle SPLIT-10 chez 19 femmes âgées de 20 à 60 ans ayant souffert de violences conjugales et présentant un trouble de stress post-traumatique à l'entretien structuré.

Résultats. – Les récits traumatiques contiennent significativement davantage de pronoms de 1^{ère} personne du singulier. Les récits non-traumatiques des témoins contiennent significativement moins de pronoms de 1^{ère} personne du singulier que les récits non-traumatiques des personnes blessées psychiques. Les récits traumatiques contiennent significativement plus de pronoms « me » COD ainsi que de pronoms COI.

Discussion. – Il existe un gradient d'utilisation du pronom de 1^{ère} personne du singulier inversement corrélé au degré de valence traumatique des récits. Même dans les récits dits « non-traumatiques » élaborés par les sujets souffrant de trouble de stress post-traumatique, le trauma s'inscrit malgré tout, en creux dans le discours. Dire « je » traduit une symptomatologie moindre que dire « me », mais c'est lorsque le sujet dit « nous » ou « on » qu'il apparaît être redevenu à un discours normal, ne souffrant plus des affres des reviviscences ou de la dissociation pathologique. Ainsi, l'identification de linguo-marqueurs mérite d'être poursuivie afin de mieux décrire objectivement les troubles psychiques post-traumatiques, de mieux les repérer en pratique clinique de terrain y d'y suivre l'efficacité des psychothérapies recommandées.

Mots-Clefs : trouble de stress post-traumatique ; violences faites aux femmes ; agentivité ; psycholinguistique ; linguo-marqueurs.

Abstract :

Introduction. – Manifestations of dissociation, relivings appear as the pathognomonic sign of trauma, identically reiterating the horror and its subjective implications resurfacing outside the patient's will. In the absence of care, the psychotraumatic consequences take control of a large part of the subject's existence (psychological, physical, social) and alter the agency of the victim to be able to regain ground on the intrusions that harass , to be able to take up new life projects. More objective than the current semiological and psychometric approaches, psycholinguistics opens up an epistemological renewal of the conception of trauma and its clinical consequences, in particular through the definition of the Psycho Linguistic Traumatic Syndrome (SPLIT). If such conceptions have been developed from the corpus of traumatic accounts of subjects injured in war and attacks, other forms of psychotraumatic confrontations deserve to be considered. Our objective is to better characterize the pronominal forms of agency in the traumatic and non-traumatic narratives elaborated by women victims of domestic and/or sexual violence.

Methods. – Were included 19 women aged 20 to 60 who had suffered domestic violence and presented with post-traumatic stress disorder in the structured interview (Mini International Neuropsychiatric Interview). The subjects completed the Post Traumatic Checklist (PCL-5), Dissociative Experience Scale (DES) and Hospital and Anxiety Depression Scale (HAD) scales validated in French. One traumatic story and one non-traumatic story were linguistically coded and scored on the SPLIT-10 scale. Comparisons were made using a matched control group.

Results. – Traumatic accounts contain significantly more 1st person singular pronouns. The non-traumatic accounts of witnesses contain significantly fewer 1st person singular pronouns than the non-traumatic accounts of psychically injured people. Traumatic accounts contain significantly more direct object pronouns “me” as well as indirect object pronouns. In traumatic accounts, the frequency of use of the subject pronoun “I” tends to correlate negatively with the HAD-A, HAD-D and SPLIT-10, while the frequency of use of the direct object pronoun “me” tends to correlate positively with DES, HAD-A, HAD-D as well as SPLIT-10. Finally, note that traumatic stories contain significantly more verbs in the passive voice than non-traumatic stories.

Discussion. – There is a gradient in the use of the 1st person singular pronoun that is inversely correlated to the degree of traumatic valence of the accounts: the witnesses use "I" less often than the psychically injured people, who appear to use this pronoun all the more as their stories have a traumatic valence. In other words, even in the so-called "non-traumatic" stories elaborated by subjects suffering from post-traumatic stress disorder, the trauma seems to be inscribed despite everything, hollow in the discourse, testimony to dissociation, as the objective the correlation of this pronominal expression dimension of “I” with the SPLIT-10 scale. The use of the direct object complement is correlated with greater psycho-traumatic morbidity (dissociative, depressive and anxious) than the use of the "I", the latter remaining however a pathological mark instead of the use of the pronouns “we” or “one”. So saying "I" translates less symptomatology than saying "me", but it is when the subject says "we" or "we" that he appears to have returned to a normal discourse, no longer suffering from the pangs of relivings or pathological dissociation. Thus, the identification of linguo-markers deserves to be pursued in order to better describe post-traumatic psychiatric disorders objectively, to better identify them in clinical practice in the field and to monitor the effectiveness of the recommended psychotherapies.

Keywords : post traumatic stress disorder ; assault against females ; agency ; psycholinguistics ; linguomarkers.

1) Introduction

Manifestations de la dissociation, les reviviscences apparaissent le signe pathognomonique du trauma, réitérant à l'identique l'horreur et ses implications subjectives, resurgissant en dehors du contrôle du sujet. Suivies des autres symptômes cardinaux du TSPT (hyperactivation neurovégétative et stratégies d'évitement cognitivo-comportementales destinées à prévenir la survenue d'une nouvelle confrontation traumatique dans la réalité ou à travers l'esprit) les reviviscences peuvent intégrer de nombreuses expressions symptomatiques n'étant pas simplement – tel qu'on le lit encore trop souvent dans la littérature – des « comorbidités » ou des « complications », mais qui constituent d'authentiques formes

cliniques post-traumatiques au sens où leurs symptômes gardent une proximité très forte avec le trauma et/ou ses conséquences : troubles anxieux, mésusages de substances psychoactives, psychoses post-traumatiques, souffrances physiques somatoformes et/ou psychosomatiques, désadaptation professionnelle et mise en péril de la quiétude du foyer, *etc.*) [1-3] (64–66) . En l'absence de soins, la dissociation pathologique se propage au point d'altérer toutes les dimensions de l'existence (psychologiques, physiques, sociales). Les conséquences psychotraumatiques prennent le contrôle d'une grande partie de l'existence du sujet, altèrent l'agentivité de la personne victime à pouvoir regagner du terrain sur les intrusions qui harcèlent, à pouvoir reprendre de nouveaux projets de vie. Ainsi, malgré les enrichissements des descriptions séméiologiques dans les mondes anglophones et francophones contemporains, les diagnostics tardifs au stade des souffrances intenses restent nombreux. Soit parce que les origines traumatiques des troubles demeurent tues, du fait-même de leurs caractéristiques cliniques, c'est-à-dire « l'expérience indicible » constitutive de la dissociation dans le langage [4] (1). Soit encore parce que le système de soin et les réseaux de praticiens se heurtent à des conceptions infranchissables lesquelles témoignent du processus psychotraumatique diffusant jusque dans les discours théoriques au risque de les rendre inopérants [5] (67). À cause de ses propres caractéristiques intrinsèques, la notion de dissociation traumatique semble difficile à saisir, à objectiver, au point qu'elle était considérée globalement rare par le DSM-III et qu'elle reste morcelée à travers les items de la description du TSPT dans le DSM-5 (critères B1 à B3, D1, D6, et enfin sous-typage avec signes de dépersonnalisation et déréalisation) [6,7] (2,68).

Davantage objective que les approches séméiologiques et psychométriques actuelles, la psycholinguistique ouvre un renouveau épistémologique de la conception du trauma et de ses conséquences cliniques. Les récentes études en sciences du langage s'intéressant au discours des personnes blessées psychiques retrouvent la persistance de plusieurs axiomes linguistiques : (i) l'anomie traumatique (réduction du débit élocutoire, de la verbosité et de la densité lexicale, *etc.*, voire incapacité à exprimer le trauma sauf de manière récitée ce qui constitue une forme de répétition littérale) ; (ii) les répétitions linguistiques (de mots, de syntagmes, voire de constructions syntaxiques, *etc.*, ce qui renvoie aux reviviscences) ; et (iii) d'impression de « fractures » dans la progression du discours (ce qui correspond en fait à une organisation particulière témoignant de la dissociation), le tout constituant un ensemble de marques respectivement lexicales, syntaxiques et pragmatiques, ce que nous avons baptisé le « syndrome psycholinguistique traumatique » (SPLIT) pour lequel a été définie l'échelle SPLIT-10 [8,9][Tableau n°1] (58,63). Ces empreintes du trauma dans le discours s'expriment selon une dissociation automatico-volontaire prenant une forme graduelle : plus le trauma apparaît présent et plus les stigmates linguistiques se manifestent ; plus le sujet s'éloigne psychologiquement du trauma et de ses conséquences, plus le discours regagne son état antérieur. Ce phénomène constitue la dixième forme de reviviscences aujourd'hui décrite [Tableau n°1].

Tableau n°1 : L'échelle SPLIT-10

1	Mort		
2	Contexte spatiotemporel		
3	Étrangeté – Irréalité		
4	Métaphore ou comparaison		
5	Partie du corps		
6	Verbe de mouvement du corps ou de position du corps		
7	Pronom générique		
8	Perceptions – Sensations (x2)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>
9	Répétitions (x3)	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>
10	Mot ou énoncé incomplet		
	TOTAL / 10		

Contexte de validité : les calculs ont été obtenus sur la base d'échantillons d'une taille moyenne de 450 mots, correspondant à une durée moyenne de 3 minutes. Pour la cotation, il importe que l'échelle soit appliquée à des productions de taille comparable.

Si de telles conceptions ont été développées à partir de corpus de récits traumatiques de sujets blessés de guerre ou d'attentat, d'autres formes de confrontations psychotraumatiques mériteraient d'être considérées. Les mesures de confinement organisées pour lutter contre la crise sanitaire causée par la COVID-19 ont entraîné une hausse des signalements de violences conjugales et/ou sexuelles faites aux femmes. Outre le fait que le langage de ces femmes reste peu étudié [10] (69), cette population est amenée à s'émanciper doublement en thérapie : dans la réalité face à l'agresseur qui se nourrit de sa victime, et dans l'esprit lorsque les reviviscences orientent l'existence... parfois vers une forme de répétition supplémentaire. Comment en sortir ?

2) De l'agentivité psychologique aux marqueurs de l'agentivité linguistique

En psychologie, l'agentivité fait référence au fait que les êtres humains peuvent faire des choix qui affectent leur parcours de vie ou leur environnement, autrement dit qu'ils peuvent être des agents d'influence capables de provoquer des actions et ainsi d'apporter des changements [11-13] (70-72). Les événements traumatiques en tant qu'exposition soudaine à une force extérieure semblent entraîner un sentiment massif d'impuissance et d'enfermement corrélativement à une perte du sentiment d'agentivité [14-16] (73-75). Il conviendrait de mieux caractériser la notion d'agentivité psychologique chez ces sujets et de suivre cette dimension au cours des soins. Adler (2012) a mené une étude longitudinale princeps pour saisir l'évolution du sentiment d'agentivité dans les récits de patients en fonction de leur évolution pendant la psychothérapie [17] (76). Sollicitant des soins ambulatoires eu égard à diverses problématiques (confrontation à un divorce, dépression, anxiétés, troubles alimentaires, etc.), les participants étaient invités à écrire sur leur thérapie et leur sentiment du soi avant et après chaque séance. Ces récits ont été codés sur une échelle d'agentivité à 5 points allant de « *le protagoniste est*

complètement impuissant, à la merci des circonstances » à « *le protagoniste est très agentif, capable d'influencer sa propre vie* » [18] (77). L'augmentation du thème de l'autonomie exprimée par les patients est significativement corrélée, et même préfigure, à l'amélioration de la santé psychique [17] (76). Pourtant il n'existe que très peu d'études sur l'agentivité psychologique, peut-être parce que cette notion apparaît floue, basée sur l'auto-évaluation sans biomarqueurs permettant de mieux l'objectiver. Or la notion d'agentivité possède une définition linguistique : le rôle d'agent sémantique se caractérise par une *implication volontaire* dans l'événement ou l'état décrit par le verbe, l'« agent » *provoque* un événement ou un changement d'état, *implique* un mouvement par rapport à un autre participant. Inversement, le rôle sémantique « patient » *subit* un changement d'état, *est affecté par* un autre participant, *est immobile* par rapport à la position d'un autre protagoniste [19] (78). Van Staden & Fulford ont décrit les changements dans l'utilisation des rôles d'agent et de patient des pronoms de 1^{ère} personne au cours d'une psychothérapie : les patients avec le meilleur résultat thérapeutique possèdent une augmentation de l'utilisation des positions d'agent et une diminution des positions de patient, tandis que les patients avec des résultats thérapeutiques tenus s'expriment inversement concernant les mêmes pronoms, ce qui suggère que ces marqueurs linguistiques pourraient être utilisés afin de surveiller l'efficacité du traitement [20] (79).

À notre connaissance, l'expression grammaticale du sentiment d'agentivité n'a jamais été étudiée en relation avec une (ou des) expérience(s) traumatique(s) alors que parallèlement ont été étudiés dans cette population l'emploi des pronoms et notamment ceux de la 1^{ère} personne du singulier (1^{ère}PS). Une majorité des travaux portant sur les récits d'événements traumatiques ont utilisé le logiciel LIWC (*Linguistic Inquiry Word Count*) qui permet le comptage automatique de diverses catégories de mots [21,22] (80,81). Selon Pennebaker et ses collaborateurs, les mots les plus petits de notre vocabulaire, c'est-à-dire les mots fonctionnels, tels les pronoms, sont des marqueurs de la santé psychologique et même physique, et plus globalement des indicateurs de la manière dont les individus se représentent le monde [23] (82). D'Andrea *et al.* ont ainsi analysé le discours d'étudiants immédiatement après les événements du 11 septembre 2001, puis encore 6 mois plus tard : (i) une utilisation plus importante de pronoms de 1^{ère}PS prédit des symptômes de TSPT plus sévères ; (ii) inversement, une utilisation précoce du pronom de 1^{ère} personne du pluriel prédit une plus grande résilience, ce qui pourrait traduire un meilleur soutien social [24] (83). Également, Kleim *et al.* retrouvent que l'utilisation du 1^{ère}PS prédit la sévérité des symptômes de TSPT 6 mois après une agression [25] (84). Miragoli *et al.* ont examiné le récit de 89 enfants victimes d'abus sexuels dont 41% ont reçu un diagnostic de TSPT : le diagnostic de TSPT s'avère le seul prédicteur de l'utilisation du pronom de 1^{ère}PS [26] (85). Différemment, Klein & Janoff-Bulamn ont observé que les narrations de personnes victimes d'abus sexuel dans l'enfance contiennent davantage de références pronominales à autrui [27] (86). Analysant des narrations produites par des individus souffrants de TSPT Papini *et al.*, n'observent pas de surutilisation de la 1^{ère}PS, mais une corrélation entre la troisième personne du singulier et les reviviscences [28] (87). Etudiant les récits de 35 femmes souffrant de TSPT après des agressions sexuelles Jaegger *et al.* décrivent une utilisation

plus importante de tous les pronoms personnels [29] (88). Enfin, Marshall *et al.* (2017) n'ont trouvé aucune association entre les symptômes de TSPT et l'utilisation des pronoms dans le discours d'adolescentes souffrant de TSPT causés par des abus sexuels [30] (89).

Expliquant leurs disparités, dans toutes les études sus-citées la 1^{ère}PS est comptabilisée quelle que soit la fonction qu'elle revêt : sujet, complément d'objet direct ou indirect. En effet, le LIWC compte pour l'anglais les formes sujet « *I* », objet direct ou indirect « *me* » ou le pronom possessif « *mine* » dans une seule catégorie [31] (90). Or cette méthodologie apparaît très approximative au plan linguistique car les fonctions syntaxiques des pronoms de la 1^{ère}PS (sujet, COD ou COI) peuvent correspondre à différents rôles sémantiques en fonction du verbe avec lesquels ils sont employés (expérient, agent, patient, bénéficiaire, *etc.*) [Tableaux n°2 et 3].

Tableau n°2 : Formes et fonctions grammaticales de la première personne du singulier en français (principes de codage)

Le pronom de première personne du singulier, selon sa fonction grammaticale, peut revêtir différentes formes :

- « **Je** » est la forme du pronom de 1^{ère} personne lorsqu'il occupe la fonction de sujet de la phrase (*ex. : Longtemps, je me suis couché de bonne heure.*) ;
- « **Me** » peut être complément d'objet direct (*ex. : Il me regarde. → i.e. « Il regarde moi »*)
- « **Me** » peut être complément d'objet indirect via un verbe construit avec la préposition « à » (*ex. : Il me parle. → i.e. « Il parle à moi »*) ;
- Avec des prépositions autres que « à », la première personne du singulier prend la forme « **préposition + moi** » (autre forme de COI) (*ex. : Viens avec moi.*).

Tableau n°3 : Analyse de l'agentivité linguistique (principes de codage)

Les fonctions grammaticales « sujet », « objet direct » et « objet indirect » peuvent avoir des rôles sémantiques différents tels que « agent » (qui initie l'action de manière volontaire), « patient » (entité qui subit les effets d'une action), « bénéficiaire » (entité pour laquelle l'action a été accomplie), « expérient » (entité consciente de l'action ou état décrite par le verbe mais sans aucun contrôle sur l'action), etc.

- **Sur le plan grammatical**, une phrase peut se décrire comme contenant un sujet, un verbe transitif et un COD :

[J']	[ai cassé]	[le vase]
Sujet	Verbe	COD

- **Sur le plan sémantique**, les mêmes constituants phrastiques sont décrits en :

[J']	[ai cassé]	[le vase]
Agent	Verbe	Patient

Il n'existe pas de lien bi-univoque entre fonctions syntaxiques et rôles sémantiques : « je » sujet peut par exemple être agent (*Je couds une robe.*), expérient (*J'apprécie la musique classique.*), bénéficiaire (*J'ai reçu un colis.*) ou encore patient (*J'ai été cambriolée.*) dans le cas d'une construction passive. De même, « me » COI peut être bénéficiaire (*Paul m'a donné un livre.*) ou expérient (*Tu me plais.*). Dans l'exemple suivant de transformation passive, le sujet syntaxique agent de la phrase active, devint patient dans la phrase active :

- **Phrase active :**

[J']	[ai cassé]	[le vase]
Sujet	Verbe	COD

- **Phrase passive :**

	[le vase]	[a été cassé]	[par moi]
Plan grammatical	Sujet	Verbe	Complément d'agent
Plan sémantique	Patient	Verbe	Agent

3) Objectif et hypothèses

Notre objectif est de mieux caractériser les formes pronominales de l'agentivité dans les récits traumatiques et non-traumatiques élaborés par des femmes victimes de violence, comparativement à des sujets témoins.

Nous formulons les hypothèses suivantes :

Indépendamment de la valence traumatique de leurs récits, les personnes psycho-traumatisées emploient davantage de pronoms de 1^{ère}PS que les sujets témoins (**H1**).

Comparativement à leurs récits d'événements non-traumatiques les personnes blessées psychiques emploient dans leurs récits traumatiques davantage de pronoms de 1^{ère}PS (**H2**) et de pronom COD (**H3**).

Traduisant la perte d'agentivité, il existe dans les récits traumatiques une corrélation entre l'utilisation de « me » COD et les différentes échelles (PCL-5, DES, HAD, SPLIT-10) (**H4**).

Il existe dans les récits traumatiques davantage d'usage de formes passives (**H5**).

4) Participants et méthodes :

4.1) Participants

Critères d'inclusion : être une femme âgée de 18 ans à 60 ans, parler couramment le français, avoir été victime de violences conjugales ou sexuelles, avoir la capacité de compléter les questionnaires fournis, souffrir d'un trouble de stress post-traumatique, être informée et avoir signé le consentement éclairé.

Durant une période de 10 mois ayant débuté en mai 2021, ont été incluses 19 femmes âgées de 20 à 60 ans (moyenne d'âge de 39 ans). Les moyennes et écarts-types aux différentes échelles sont indiquées dans le **tableau n°4**.

Groupe contrôle : 20 témoins appariées (âge, sexe, latéralité, niveau d'étude, langue maternelle).

Tableau n°4 : Moyennes des scores (écart-type) aux différentes échelles

PCL-5	DES	HAD A	HAD D	SPLIT-10
66,32 (8,92)	48,03 (19,94)	16,4 (2,95)	11,6 (5,96)	5,68 (1,05)

4.2) Recueil des données

Les sujets renseignent les échelles *Post Traumatic Checklist* (PCL-5) validée en français [32] (4) ; *Dissociative Experience Scale* (DES) validée en français [33] (31) ; *Hospital and Anxiety Depression Scale* (HAD) validée en français [34] (91), puis bénéficient d'un entretien structuré *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 7.0.2) traduit en français afin de confirmer cliniquement le diagnostic de TSPT [35] (92). Ensuite, concernant le recueil du récit traumatique, la consigne était de raconter l'événement le plus traumatisant éprouvé à l'âge adulte dans un contexte de violences conjugales en donnant autant de détails que possible sur les faits, l'environnement, les réactions, ressentis et pensées d'alors. Concernant le récit non-traumatique élaborés par les sujets et les témoins, la consigne était de raconter un incident ou un problème sans gravité rencontré à l'âge adulte lors d'un séjour à l'étranger ou en vacances, en donnant autant de détails que possible sur les faits, l'environnement, les réactions, ressentis et pensées d'alors. Enfin, une période d'entretien non protocolisée permettait un temps d'apaisement.

Notre étude respecte les réglementations internationales et nationales en vigueur.

4.3) Codage linguistique

Les discours produits par les patientes ont été transcrits et segmentés en propositions correspondant à un verbe et ses arguments (sujet et compléments). Par exemple l'extrait suivant contient 5 propositions :

« \updownarrow Il fallait tout le temps \updownarrow qu'il ait raison. \updownarrow Il fallait tout le temps \updownarrow qu'il me rabaisse euh... \updownarrow pour que moi je me taise. \updownarrow »

Ont été comptabilisés les pronoms de 1^{ère}PS : (i) sujet (« *Du coup, plusieurs fois, de nombreuses fois j'allais euh me cacher dans les toilettes. Je restais dans les toilettes euh très longtemps.* »), (ii) complément d'objet direct (« *Donc euh il rentre dans la chambre et euh et me jette sur le lit comme ça et commence à m'étrangler, mais vraiment quoi.* »), (iii) complément d'objet indirect simple (« *Il me demandait de le supplier à genoux pour rester.* » ou avec préposition « *Bah quand c'était le moment d'aller s'coucher euh... euh c'était c'était éprouvant pour moi.* ») [Tableaux n°2 et 3].

Ont été comptabilisées les formes passives existantes : (i) soit au moyen de la construction « être + participe passé » avec expression du complément d'agent (« *D'être saisie par la peur... et après par la colère.* ») ; (ii) soit au moyen de la construction « se faire + infinitif » (« *Se faire pénétrer comme ça, sans consentement, sans rien, c'est... c'était affreux.* »).

Enfin, les productions ont été codées au moyen de l'échelle SPLIT-10 [9] (58).

4.4) Analyses statistiques

Pour toutes les analyses de comparaisons de moyennes, le test des rangs signés de Wilcoxon est utilisé pour les mesures répétées. Les tests de Kruskal-Wallis et de Mann Whitney sont utilisés pour comparer les patientes aux témoins. Les analyses de corrélation sont réalisées au moyen du test de corrélation par rangs du Rhô de Spearman. Tous les calculs effectués sont rapportés en pourcentages sur le nombre total de proposition de chaque discours.

5) Résultats

Les récits traumatiques contiennent significativement davantage de pronoms de 1^{ère}PS ($p = 0.02$). Les récits non traumatiques des témoins contiennent significativement moins de pronoms de 1^{ère}PS que les récits non traumatiques des personnes blessées psychiques ($p < 0,0001$) [Figure n°1]. Il existe donc une augmentation graduelle de l'usage des pronoms de 1^{ère}PS des récits traumatiques aux récits des témoins, via les récits non-traumatiques des sujets blessés psychiques. Dans la suite des analyses, les récits des témoins qui contiennent trop peu de pronoms de 1^{ère}PS sont exclus.

Concernant les pronoms sujet « je », la différence entre récits traumatiques et non traumatiques n'est pas significative. En revanche, les récits traumatiques contiennent significativement plus de pronoms « me » COD ($p < 0,0001$) ainsi que de pronoms COI ($p = 0,001$) [Figure n°2].

Dans les récits traumatiques, la fréquence d'utilisation du pronom sujet « je » a tendance à corrélérer négativement avec la HAD-A, HAD-D et le SPLIT, tandis que la fréquence d'utilisation du pronom COD « me » a tendance à corrélérer positivement avec la DES, HAD-A, HAD-D ainsi qu'au SPLIT-10 [Figure n°3].

Dans les récits non-traumatiques produits par les personnes blessées psychiques, le pourcentage de propositions contenant un pronom de 1^{ère}PS (« Je » + « Me » + « Moi ») a tendance à corrélérer

négativement avec la PCLS, DES ainsi que la HAD-D, tandis que l'usage du pronom de première personne COI corrèle significativement négativement avec la DES et la HAD-A, et tendancielle avec la HAD-D [Figure n°4].

Enfin notons que les récits traumatiques contiennent significativement davantage de verbes à la voix passive que les récits non-traumatiques ($p = 0,04$) [Figure n°5].

Figure n°1 : Pourcentages d'énoncés contenant un pronom de 1^{ère} personne dans les récits traumatiques et non traumatiques, et chez les témoins

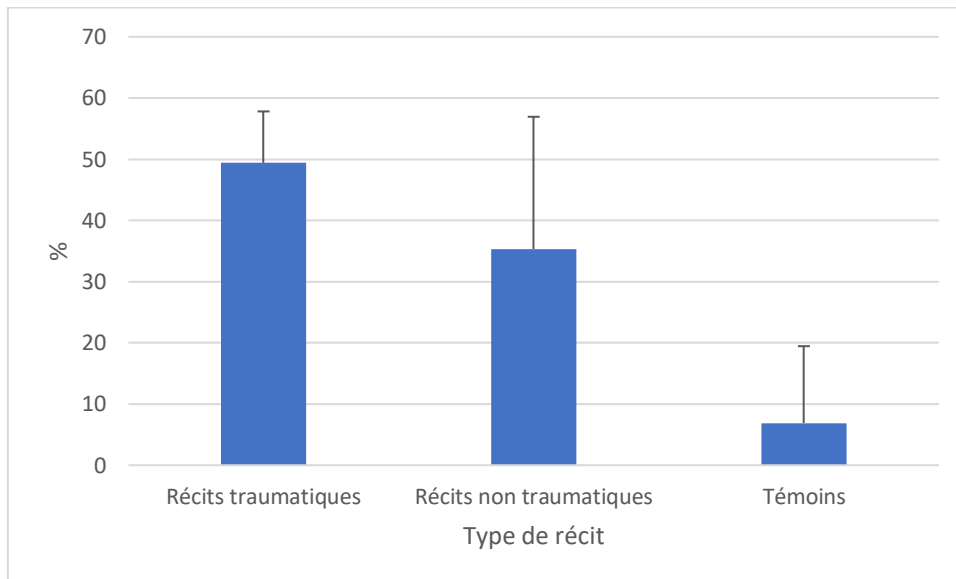


Figure n°2 : Pourcentages des pronoms de 1^{ère} personne sujet, COD et COI en fonction du type de récit.

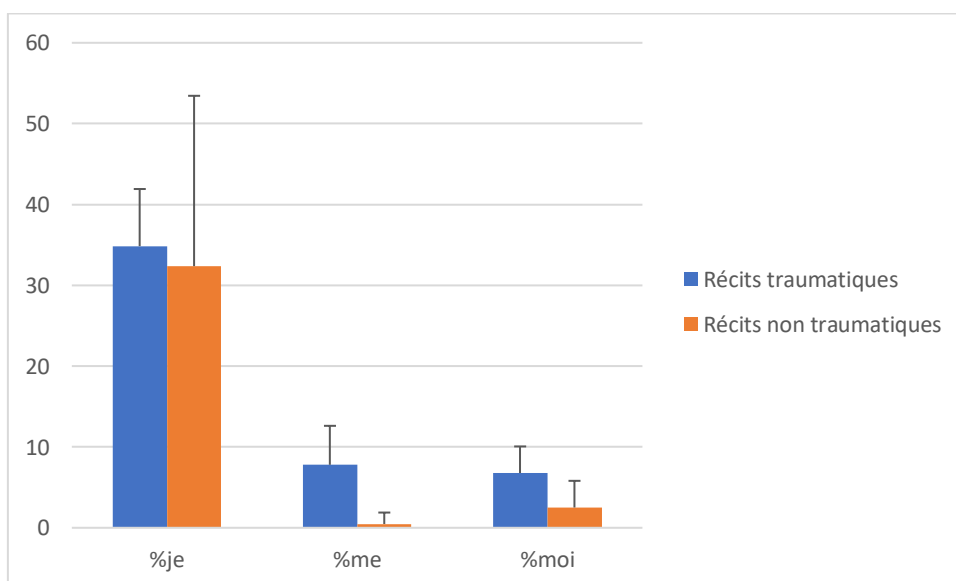
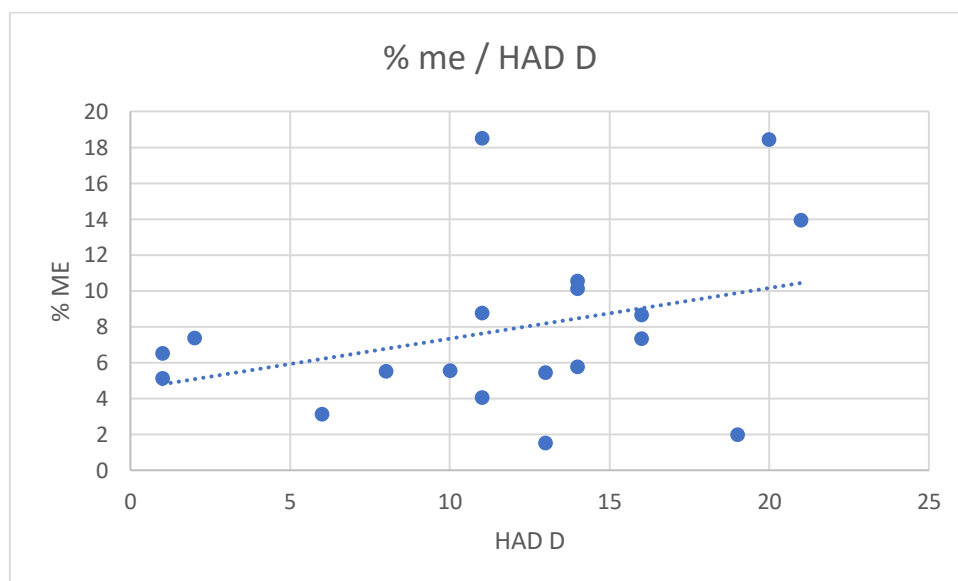
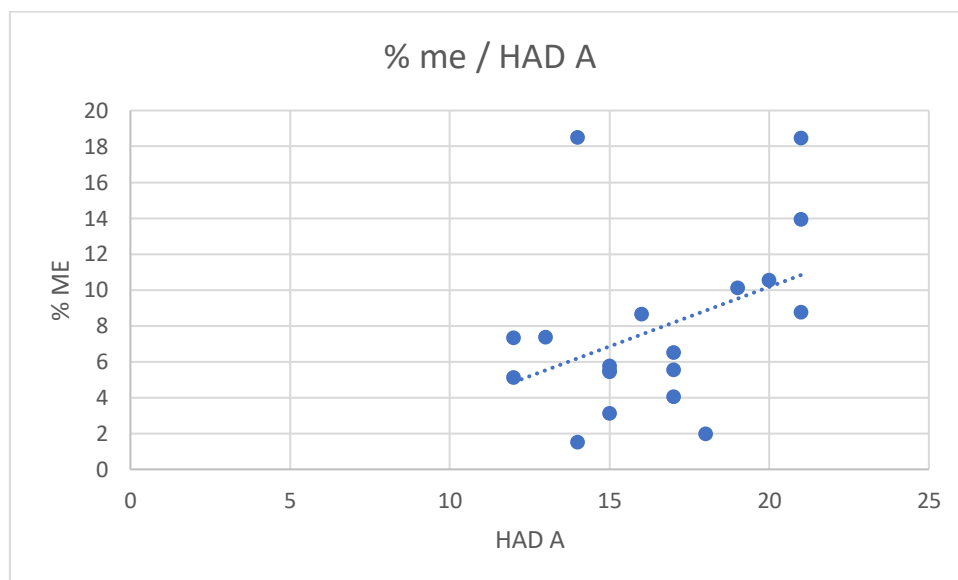


Figure n°3 : tests de corrélations entre les pronoms de première personne et la PCLS, DES, HAD A, HAD D et SPLIT-10.

	% 1 ^{ère} personne	% Sujet	% objet	% COI
PCLS	Rh \hat{o} = -0,0097 P = 0,48	Rh \hat{o} = 0,871 P = 0,36	Rh \hat{o} = 0,1741 P = 0,23	Rh \hat{o} = -0,1487 P = 0,27
DES	Rh \hat{o} = 0,1228 P = 0,30	Rh \hat{o} = 0,0228 P = 0,46	Rh \hat{o} = 0,3561 P = 0,06	Rh \hat{o} = 0,0298 P = 0,45
HAD A	Rh \hat{o} = -0,2221 P = 0,18	Rh \hat{o} = -0,3726 P = 0,06	Rh \hat{o} = 0,3938 P = 0,04	Rh \hat{o} = -0,1718 P = 0,23
HAD D	Rh \hat{o} = -0,2221 P = 0,18	Rh \hat{o} = -0,3726 P = 0,06	Rh \hat{o} = 0,3938 P = 0,04	Rh \hat{o} = -0,1852 P = 0,22
SPLIT-10.	Rh \hat{o} = -0,1045 P = 0,33	Rh \hat{o} = -0,34,28 P = 0,07	Rh \hat{o} = 0,5491 P = 0,007	Rh \hat{o} = -0,2187 P = 0,18



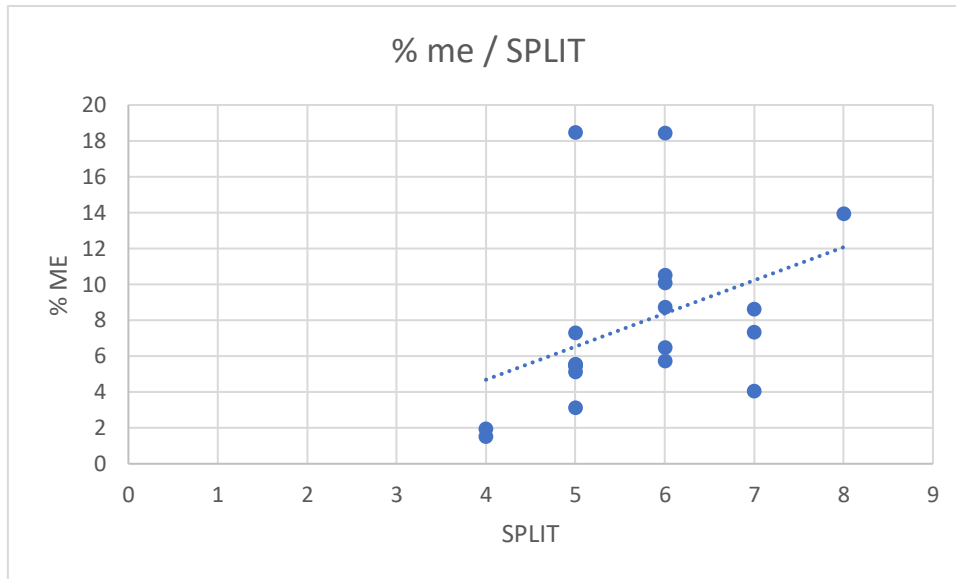
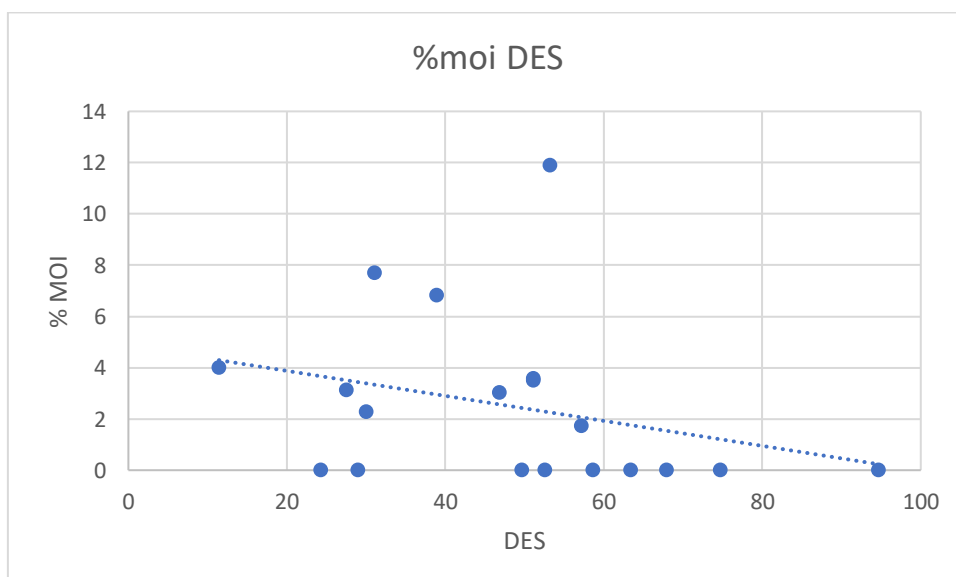


Figure n°4 : Corrélations entre pronoms de première personne et échelles dans les récits non traumatiques.

	% 1 ^{ère} personne	% Sujet	% objet	% COI
PCLS	Rh \hat{o} = -0,3483 P = 0,07	Rh \hat{o} = -0,2348 P = 0,16	Rh \hat{o} = -0,0759 P = 0,37	Rh \hat{o} = 0,2957 P = 0,11
DES	Rh \hat{o} = -0,3483 P = 0,07	Rh \hat{o} = -0,2348 P = 0,16	Rh \hat{o} = 0,0296 P = 0,45	Rh \hat{o} = -0,3988 P = 0,04
HAD A	Rh \hat{o} = -0,1858 P = 0,23	Rh \hat{o} = -0,1106 P = 0,32	Rh \hat{o} = -0,2573 P = 0,14	Rh \hat{o} = -0,4332 P = 0,03
HAD D	Rh \hat{o} = -0,3446 P = 0,07	Rh \hat{o} = -0,1904 P = 0,21	Rh \hat{o} = 0,0231 P = 0,46	Rh \hat{o} = -0,3552 P = 0,06
Split	Rh \hat{o} = 0,1100 P = 0,32	Rh \hat{o} = 0,1650 P = 0,24	Rh \hat{o} = -0,0602 P = 0,40	Rh \hat{o} = 0,0126 P = 0,47



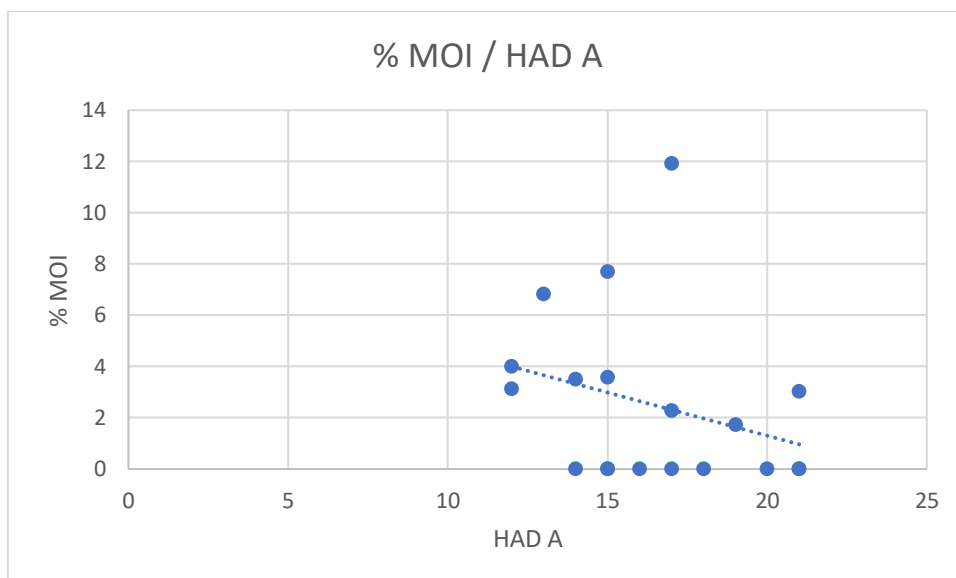
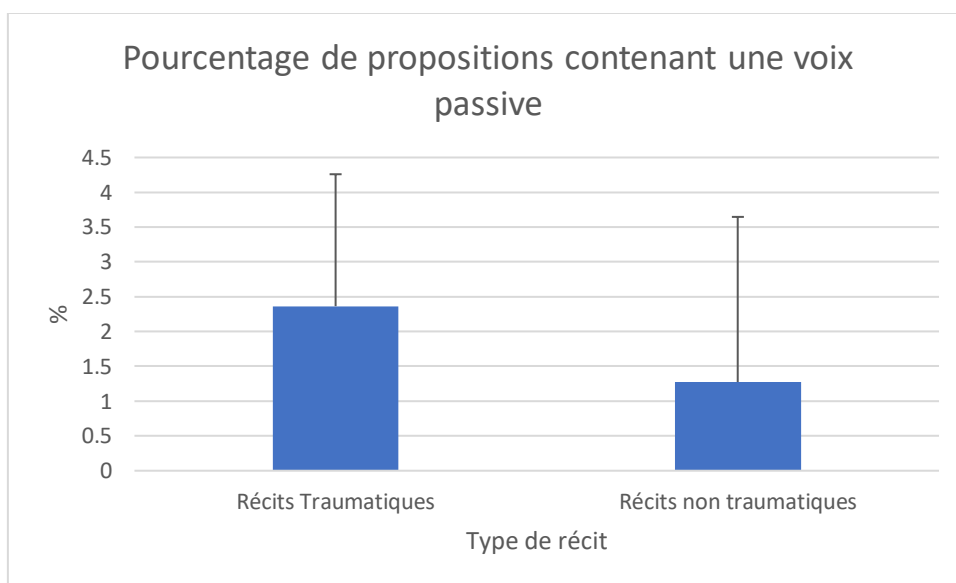


Figure n°5 : Pourcentages de propositions contenant une voix passive



6) Discussion

Nos hypothèses H1 et H2 prévoyaient davantage d'utilisation de pronoms de 1^{ère}PS dans les récits traumatiques que dans les récits non-traumatiques, et que les patientes en utiliseraient toujours davantage que les témoins : conformément aux résultats de la littérature obtenus avec le LIWC, ces deux hypothèses sont vérifiées. Il existe donc un gradient d'utilisation du pronom de 1^{ère}PS inversement corrélé au degré de valence traumatique des récits : les personnes témoins emploient moins souvent « je » que les personnes blessées psychiques, lesquelles apparaissent employer d'autant plus ce pronom que leurs récits possèdent une valence traumatique. Autrement dit, même dans les récits dits « non-traumatiques » élaborés par les sujets souffrant de TSPT, le trauma semble s'inscrire malgré tout, en creux dans le discours, témoignage de la dissociation, comme l'objective la corrélation de cette dimension d'expression pronominale du « Je » avec l'échelle SPLIT-10. Si l'on pourrait penser que dans une consultation de psychiatrie ou de psychologie le patient emploie davantage « Je », car il est *a priori* question de parler de soi, cette considération pragmatique nous apparaît moins évidente dans le cadre d'un entretien de recherche.

Notre hypothèse H3 est également retenue car nous avons observé davantage d'utilisation du pronom COD (rôle sémantique patient) dans les récits traumatiques que non-traumatiques. L'hypothèse H4 est partiellement validée : l'utilisation de « me » COD » corrèle positivement dans les récits traumatiques avec la HAD-A, HAD-D, la SPLIT-10, et tendanciellement avec la DES. Parallèlement dans le même corpus, le pourcentage d'énoncés contenant « je » sujet » a tendance à corrélérer négativement avec la HAD-A, HAD-D et la SPLIT-10. Autrement dit, l'utilisation du COD est corrélée à une plus grande morbidité psycho-traumatique (dissociative, dépressive et anxieuse) que l'utilisation du « je », celui-ci restant toutefois une marque pathologique en lieu et place de l'usage des pronoms « nous » ou de « on ». Ainsi, dire « je » traduit une symptomatologie moindre que dire « me », mais c'est lorsque le sujet dit « nous » ou « on » qu'il apparaît être redevenu à un discours normal, ne souffrant plus des affres des reviviscences ou de la dissociation pathologique. Alors que les corrélations observées concernent les pronoms « je » sujet et « me » objet apparaissent pertinentes pour caractériser les récits traumatiques, dans les récits non-traumatiques elles concernent l'utilisation globale des pronoms de première personne qui ont tendance à corrélérer négativement avec la PCL-5, DES et HAD-D, de même que les pronoms COI corrèlent négativement avec la DES et la HAD-A, et tendanciellement avec la HAD-D. Ainsi, les linguo-marqueurs que nous avons identifiés corrèlent moins avec la PCL-5 qu'avec la DES, ou encore la SPLIT-10 traduisant quasi-exclusivement la dissociation, dissociation davantage présente chez les femmes violentées souffrant des conséquences de traumas répétés (dits de type 2 et correspondant à une symptomatologie dite « complexe ») [3] (65). Aussi, les patientes parlent de leur corps ou de leur santé plutôt que d'elles-mêmes en tant qu'être humain global, marque de dépersonnalisation traumatique déjà, et *a fortiori* marque du caractère foncièrement réifiant des traumas intentionnels où l'agresseur réduit sa victime au rang d'objet.

Conformément à notre hypothèse H5, les récits traumatiques contiennent significativement davantage de voix passives que les récits non traumatiques, ce qui est une autre marque de perte d'expression agentive.

Notons également que certains énoncés présents chez les sujets blessés psychiques possèdent une incidence sur les usages pronominaux, ce qui vient nous confirmer que le trauma influence les choix langagiers dans leur ensemble, de manière « cohérente », quand bien même dissociée, c'est-à-dire « organisée » à partir d'une structure dissociative [8] (63). L'emploi de nominalisation, c'est-à-dire des phrases sans verbe (un peu comme on peut le lire sur un compte-rendu opératoire de chirurgie) limite par implication l'usage des pronoms sujets et COD (ni l'agent ni le patient ne sont exprimés) (ex. : « *L'utilisation du poppers pendant les viols.* »), tout comme les usages de tournures de phrases uniquement à l'infinitif (ex. : « *Se faire pénétrer comme ça... sans consentement... sans rien.* »). Enfin, l'emploi de métaphores corrobore le caractère non-agentif, voire inanimé, inerte de la position COD du patient : « *Et lui là il était en train d'**me** rabaisser mais pire que euh une **serpillère** quoi.* », « *Donc du haut en bas, il **m'a** tiré par euh... comme une **poupée**, par les cheveux...* », « *J'étais même **moi-même** devenue un **objet** pour **moi-même**.* ».

7) Conclusion

On aurait pu intuitivement penser que le sujet blessé psychique reprendrait le contrôle sur ses reviviscences s'il s'exprimait grâce au pronom « je », or nous avons mis en évidence l'inverse. Ces patients nécessitent l'aide d'autrui, d'une intersubjectivité, au minimum supposée, afin de reconstruire un discours narratif qui éloigne de la répétition littérale du trauma dans le langage. On peut ainsi dire que les psychothérapies, les groupes de parole, les stratégies de réadaptation psychosociale facilitent ce travail de retraitement neuropsychique d'un événement traumatique. L'identification de linguo-marqueurs mérite d'être poursuivie afin de mieux décrire objectivement les troubles psychiques post-traumatiques, de mieux les repérer en pratique clinique de terrain y d'y suivre l'efficacité des psychothérapies recommandées (indépendamment de son référentiel théorique supposé) [36-38] (93-95).

Conflits d'intérêt : néant.

Références :

- [1] Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. *Encéphale* 2015;41(4):346-54.
- [2] Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *Encéphale* 2011;37:433-8.
- [3] Tarquinio C, Auxéméry Y. Manuel des troubles psychotraumatiques. Théories et pratiques cliniques. Paris : Dunod, 2022, 726 p.
- [4] Auxéméry Y. Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. *Evol Psychiatr* 2021;86(2): 375-97.
- [5] Auxéméry Y. Le “débriefing francophone” : origines, définitions, évolutions, efficacité. Trois décennies de discours spécialisé vers l’avenir... *Evol Psychiatr* 2022, *accepted in press* (Doi : 10.1016/j.evopsy.2021.06.017).
- [6] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition. Washington (D.C.) : *American Psychiatric Association Press*, 1980, 535 p.
- [7] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition. Washington (D.C.) : *American Psychiatric Association Press*, 2013, 991 p.
- [8] Auxéméry Y, Gayraud F. Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). *Evol Psychiatr* 2020;85(4):509-28.
- [9] Gayraud F, Auxéméry Y. Identification des marques du traumatisme psychique dans le langage parlé : définition de l’échelle diagnostique “SPLIT-10”. *Ann Med Psychol* 2021;179:869-88.
- [10] Foa EB, Molnar C, Cashman L. Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1995;8(4):675-90.
- [11] Schlosser M. Agency. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Edward N. Zalta (ed.), 2019, URL = <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/agency/>.
- [12] Gallagher S. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences* 2000 ;4(1) :14-21.

- [13] Synofzik M, Vosgerau G, Voss M. The experience of agency: An interplay between prediction and postdiction. *Frontiers in Psychology*, 2013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00127>.
- [14] Webb R, Widseth J. Traumas With and Without a Sense of Agency. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 2009 ;18(5) :532-48.
- [15] Ataria, Y. Sense of ownership and sense of agency during trauma. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2015 ;14(1) : 199-212.
- [16] Rabellino D, Burin D, Harricharan S, *et al.* Altered sense of body ownership and agency in posttraumatic stress disorder and its dissociative subtype: a rubber hand illusion study. *Front Hum Neurosci* 2018 ;12(163) : 12 p. doi: 10.3389/fnhum.2018.00163.
- [17] Adler JM. Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *J Pers Soc Psychol* 2012 ;102(2):367-89.
- [18] Adler JM, McAdams DP. The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry* 2007 ; 17(2) : 179–202.
- [19] Dowty D. Thematic Proto-Roles and Argument Selection. *Language* 1991 ;67(3) :547-619.
- [20] Van Staden CW, Fulford KWM. Changes in semantic uses of first person pronouns as possible linguistic markers of recovery in psychotherapy *Austr NZ J of Psychiatr* 2004; 38:226–232.
- [21] Pennebaker JW, Chung CK. Expressive writing, emotional upheavals, and health. In: Friedman H, Silver R (Eds.), *Handbook of health psychology*. New York: Oxford University Press, 2007, pp 263-284.
- [22] Pennebaker JW, Boyd RL, Jordan K, Blackburn K. The development and psychometric properties of LIWC. *Austin, TX: University of Texas at Austin*, 2015, 26 p.
- [23] Pennebaker JW, Campbell S. The secret life of pronouns : Flexibility in Writing Style and Physical Health. *Psychol Sci* 2003 ;14(1) :60-5.

- [24] D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatr* 2012;82(2):187.
- [25] Kleim B, Horn AB, Kraehenmann R, Mehl MR, Ehlers A. Early linguistic markers of trauma-specific processing predict post-trauma adjustment. *Frontiers in Psychiatry* 2018;9(645):1-7.
- [26] Miragoli S, Camisasca E, Di Blasio P. Investigating linguistic coherence relations in child sexual abuse: A comparison of PTSD and non-PTSD children. *Heliyon* 2019 ; 5(2) : e01163. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01163>.
- [27] Klein I, Janoff-Bulman R. Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect* 1996 ;20(1) :45-54.
- [28] Papini S, Yoon P, Rubin M, Lopez-Castro T, Hien DA. Linguistic characteristics in a non-trauma-related narrative task are associated with PTSD diagnosis and symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2015 ; 7(3):295-302.
- [29] Jaeger J, Lindblom KM, Parker-Guilbert K, Zoellner LA. Trauma narratives: It's what you say, not how you say it. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2014;6(5):473.
- [30] Marshall K, Venta A, Henderson C, Barker M, Sharp C. Linguistic analysis as a method for assessing symptoms after sexual trauma among female adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Child Sexual Abuse* 2017 ; 26(8) : 910-926.
- [31] Tausczik YR, Pennebaker JW. The Psychological Meaning of Words: LIWC and Computerized Text Analysis Methods. *Journal of Language and Social Psychology* 2010 ;29 : 24-54.
- [32] Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One* 2016;11(10):e0161645.
- [33] Darves-Bornoz J-M, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *Can J Psychiatry* 1999;44(3):271-5.

- [34] Friedman S, Samuelian J-C, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res* 2001;104(3):247-57.
- [35] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, *et al.* The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(S20):22-33.
- [36] Auxéméry Y. Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Ann Med Psychol* 2016 ;174 (4):309-312.
- [37] Auxéméry Y. La thérapie dynamique brève. *In: Stratégies thérapeutiques des traumatismes. Rapport du 116ème congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Bastia). Tours: Presses Universitaires François Rabelais, 2018, pp 103-118.*
- [38] Auxéméry Y. Treatment of post-traumatic psychiatric disorders: a continuum of immediate, post-immediate and follow-up care mediated by specific psychotherapeutic principles. Clinical experience in French-speaking countries. *Encephale* 2018 ;44(5) :403-8.

VII. Présentation de cas

Il nous a paru utile de développer davantage le cas de certaines patientes que nous connaissons bien et qui ont été incluses dans cette étude afin d'illustrer plus avant notre propos. Mme D. et Mme B. sont deux de ces patientes. Bien sûr, tous les prénoms et noms ont été modifiés afin de garantir leur anonymat ainsi que celui de leurs proches. Suivies depuis plus d'un an, leur problématique a pu être cernée en grande partie.

a. Le cas de Mme D., un exemple de trouble de l'attachement

i. Prérequis

Tout d'abord, quelques prérequis apparaissent nécessaires à la lecture et la compréhension de ce cas.

Ainsi nous pouvons dans un premier temps nous remémorer le trouble de l'attachement (cf. paragraphe *Trouble de l'attachement*).

Plus tôt dans cet écrit, nous avons développé également ce qu'était le phénomène d'emprise mais un rappel s'impose et notamment d'un point de vue pédopsychiatrique. Pour résumer, ce phénomène se crée et s'auto-entretient au fur et à mesure que se produisent les violences, à la faveur d'un autre phénomène qu'est celui de la dissociation. Ainsi, quand l'enfant est l'objet de négligences ou de maltraitances de la part de l'adulte référent, il va développer un type de relation insécure : il y aura donc développement d'un trouble de l'attachement (insécure évitant, insécure ambivalent ou résistant, insécure désorganisé/désorienté) (47). Ceci va entraîner une hypo-activation de la branche ventrale du système nerveux parasymphatique et donc un désengagement social progressif (20).

L'enfant ainsi confronté à l'adulte référent censé le sécuriser n'aura pas de possibilité de fuir ou de combattre, il n'y aura donc pas non plus d'activation de son système sympathique.

En l'absence d'activation de la branche ventrale du système parasymphatique ainsi que de celle du système sympathique, la seule réponse possible du système nerveux autonome sera l'activation de la branche dorsale du système parasymphatique dont la conséquence sera la dissociation. C'est ainsi que de la dissociation péri-traumatique va se développer la dissociation structurelle (trait) (cf. paragraphe *Dissociation structurelle*) et que va se mettre en place le mécanisme d'emprise (20,96).

Et pour terminer cette introduction, mention sera faite du conflit œdipien, théorie établie par Sigmund Freud, psychanalyste précurseur, en 1905, selon laquelle l'être humain serait universellement confronté aux pulsions parricides/matricides et incestueuses au cours de son enfance. C'est grâce à sa résolution, vers l'âge de 5 ans, que l'individu entrera en période de latence et aura acquis l'interdit de l'inceste. Sa non-résolution, en revanche, constituerait selon lui « le complexe nucléaire des névroses » (97).

ii. Contexte initial

Mme D., 38 ans, au moment où elle a débuté sa prise en charge au CMP en début d'année 2021, a été adressée par son médecin traitant qui se trouvait alors dans une impasse thérapeutique. Nous avons su peu après qu'il avait posé l'indication d'un tel suivi plusieurs mois voire années avant mais que la patiente s'était toujours montrée rétive.

Ce dernier faisait état dans son courrier d'adressage d'un « syndrome anxiodépressif depuis plus d'un an ». Il mentionnait également, sans développer, des « traumatismes anciens » et une « agoraphobie » débutante. Ce médecin généraliste avait déjà prescrit plusieurs lignes de traitement antidépresseurs successives depuis près d'un an et demi qu'il ne détaillait pas : elle était à ce moment-là sous fluoxétine à dose maximale (soit 60 mg/jour). Le traitement de Mme D. comportait alors également une benzodiazépine utilisée à visée hypnotique, du bromazépam 6 mg, à raison d'un comprimé quadrisécable au coucher.

Le bilan sanguin joint à ce courrier était strictement normal avec notamment une TSH à 0,49 mUI/L. En revanche, nous ne disposions ni d'un bilan hépatique ni d'une mesure du volume globulaire moyen (VGM) pouvant nous orienter ou non vers une comorbidité addictologique, autrement dit, une alcoolodépendance associée.

Son premier contact avec le CMP était donc son premier vrai contact avec la psychiatrie : deux ans, auparavant elle avait consulté à trois reprises un psychologue à l'occasion de difficultés au cours de son divorce mais elle n'y avait finalement pas vu d'intérêt. Elle n'avait, par ailleurs, jamais été hospitalisée pour motif psychiatrique.

Ses antécédents somatiques se résumaient à une luxation du genou gauche plusieurs fois opérée, dans un contexte sportif selon elle, à des salpingites récidivantes suite, semblait-il, à des infidélités de la part de son compagnon de l'époque ainsi qu'une conisation du col de l'utérus en 2018 pour cause de papillomavirus.

Lors du premier entretien infirmier, elle livrait être célibataire et vivre avec ses deux fils, Killian 15 ans et Aaron 11 ans, nés d'une précédente union qui s'était avérée toxique. Secrétaire de métier, elle était en arrêt maladie depuis près d'un an.

Elle rapportait un sentiment de culpabilité et d'incompréhension face à ses nombreux échecs de vie, notamment sur le plan conjugal car disait-elle : « ils sont soit violents, soit menteurs ! ». Elle mentionnait à demi-mots avoir été victime de viols par l'un de ses compagnons.

Le dernier en date n'avait pas supporté leur séparation, décidée par Mme D. : il s'était révélé harcelant. A tout cela, s'ajoutait des difficultés dans l'éducation de ses enfants qu'elle assumait seule, la présence de leur père étant très aléatoire.

Très vite dans son discours était apparu son propre père, qu'elle présentait comme un homme « sexiste », « violent » (au moins verbalement) et ayant « un problème avec l'alcool ». De lui, elle confiait : « il nous fait vivre un enfer à ma mère et moi ! ». Disqualifiant envers elle, il lui renvoyait ses échecs de vie comme preuve qu'elle ne pouvait ni s'assumer seule, ne serait-ce que financièrement, ni assumer l'éducation de ses enfants. De fait, il était omniprésent dans leur vie, prenant pour ainsi dire le rôle de père de substitution pour ses enfants, voire imposant son autorité au premier plan face à eux, et faisant obstacle à toute relation amoureuse de Mme D., prétextant son jugement envers les hommes peu fiable : « dès que je suis en couple, il devient fou ! Il fait tout pour que ça ne marche pas ! ». La problématique semblait alors œdipienne. Cette omniprésence était facilitée par leur proximité géographique : en effet, ils habitaient à 200 mètres les uns des autres.

Killian et Aaron, sentant leur mère fragile, avaient tendance à la ménager : on pouvait facilement imaginer, devant la posture de Mme D., une inversion des rôles mère/enfants.

Pour compléter la description de son environnement familial, elle mentionnait pour finir son frère aîné, qu'elle disait admiré de tous, notamment de ses parents et elle y compris, avec lequel la communication était très difficile : « on ne fait pas partie du même monde... ».

Elle déplorait un manque d'empathie de sa famille envers elle. L'impression qu'ils ne comprenaient pas sa souffrance était omniprésente dans ses dires. Malgré tout, elle nous décrivait un attachement fort, que l'on pouvait qualifier de dépendance affective, à ce système où elle ne trouvait pourtant pas sa place.

Cliniquement devant nous, nous avons une femme de petite taille à la corpulence normale. La présentation paraissait soignée bien que le style vestimentaire ait été légèrement décalé pour l'âge, subjectivement plus juvénile. Une fébrilité anxieuse était palpable, les jambes tremblant sans discontinuer tout au long de l'entrevue.

On notait une certaine indicibilité concernant ses multiples traumatismes dont elle dévoilait seulement des bribes, ici et là. Son discours était empreint de multiples cognitions négatives sur elle-même, d'une culpabilité très prégnante, notamment concernant ses « mauvais choix ».

La thymie était triste et elle faisait part d'idéations suicidaires passives, fugaces et chroniques, qu'elle réussissait à mettre à distance grâce à la présence de ses enfants. Elle décrivait son sommeil comme « fragile », quantifié selon elle à 3h/nuit.

On constatait également une agoraphobie avec trouble panique qu'elle n'avait pas réussi à surmonter malgré l'adoption récente de sa chienne, qu'elle voulait contraphobique : « je pensais qu'elle me forcerait à sortir... ». Son isolement social était de plus en plus important de par son repli sur elle-même mais aussi peut-être d'un épuisement progressif de l'entourage : seule une amie restait suffisamment proche d'elle pour qu'elle la qualifie de « confidente ».

Ceci était donc le contexte dans lequel nous la découvrons pour la première fois. L'orientation avait évidemment été médicale pour réévaluation du traitement avec un suivi psychologique en parallèle.

iii. Biographie

Pour mieux comprendre, revenons ensemble sur les éléments biographiques dont nous disposons :

De sa petite enfance, elle ne gardait que peu de souvenirs mais elle relatait avoir été très proche de son père dans ses premières années de vie. Sans qu'elle n'identifia de réel facteur précipitant, disait-elle, leur relation s'était « dégradée ». Comme mentionné plus tôt, elle décrivait un père « violent, alcoolique et sexiste ». Sa mère, bien qu'effacée par rapport à ce dernier, avait toujours été une personne ressource pour Mme D.

Son adolescence compliquée avait contrasté avec celle de son frère, qu'elle décrivait parfait en tout point. Contrairement à ce dernier, elle déclarait avoir été « bridée » : elle dénonçait à cette époque un cadre éducatif injustement strict du fait qu'elle était une fille. Ces restrictions l'avaient poussée, selon elle, à des conduites de mise en danger et finalement à défier l'autorité de son père en prenant rapidement son indépendance.

En couple plusieurs fois, ses relations amoureuses étaient décrites en globalité comme peu saines. Avec son compagnon de l'époque, elle eut son premier fils, Killian, à l'âge de 24 ans : la grossesse

n'était pas programmée. Entre sa deuxième grossesse et la première, elle subit une interruption volontaire de grossesse. Elle eut un deuxième enfant, Aaron, à l'âge de 28 ans. Elle avait pour projet d'en avoir un troisième quand elle apprit les infidélités du père de ses enfants : elle avait alors acté la séparation.

Après cela, elle s'était remise en couple avec un homme qui habitait Paris : charmant au début de leur relation, elle avait décidé de le suivre, quittant au passage son travail de l'époque et emmenant avec elle ses enfants. Après une période de « lune de miel », il s'était montré particulièrement violent verbalement selon ses dires puis étaient arrivées les violences physiques dont elle voulut préserver ses enfants. C'est alors qu'elle avait demandé à ses parents, prétextant les vacances scolaires, de les prendre à leur domicile. Ce n'est qu'à son retour en Lorraine qu'elle vécut à nouveau avec eux.

Dans l'intervalle, les violences conjugales avaient empiré jusqu'aux viols conjugaux, subis de manière répétée, dont elle détaillait d'ailleurs les circonstances lors de l'enregistrement effectué dans le cadre de l'étude.

La fin de cette emprise fut possible grâce à une de ses connaissances sur Paris. Dans l'intention de déposer plainte, elle se rendit au commissariat où, elle confie que, l'on en avait dissuadé, lui affirmant qu'elle n'aboutirait pas et lui conseillant de déménager. C'est ce qu'elle fit.

De retour en Lorraine, elle trouva un appartement en location non loin de chez ses parents et reprit ses enfants au domicile. Profondément traumatisée par cette expérience, elle tenta néanmoins de se remettre en couple, la solitude étant pour elle très difficile, avec un homme qui s'avéra également toxique. Ce dernier n'ayant pas supporté leur séparation, la harcela de nombreux mois, faisant resurgir chez elle des souvenirs traumatiques anciens et entraînant une hypervigilance constante. Déjà confrontée à une mauvaise expérience auprès des services de police, elle ne chercha pas à le dénoncer.

Devant ce parcours de vie émaillé d'« échecs », elle finit par trouver réconfort chez ses parents et notamment son père envers qui elle semblait complètement ambivalente, à la fois rejetante et dépendante, incapable de trouver la bonne distance dans leur relation.

Devant la symptomatologie post-traumatique extrêmement prégnante, elle ne put continuer de travailler et sombra dans « la dépression ».

iv. Prise en charge

1. 1^{er} entretien médical

Lors de notre premier entretien médical, fin mars 2021, la présentation était la même que lors du premier contact : visiblement anxieuse et tremblotante sur sa chaise, dans une position de repli, le regard fuyant. Elle exprimait spontanément une volonté de ne pas revenir sur certains éléments de son passé, dans une attitude ambivalente de dénégation et de conduite d'évitement manifeste. Et même si elle ne verbalisait que très peu, la participation émotionnelle était intense. Elle pleurait sans arrêt. Le regard perdu par intermittence, muette, en proie à ses reviviscences : la dissociation était visible.

Sa biographie avait été difficilement retracée à demi-mots, des zones d'ombre persistaient. Elle relatait à nouveau la succession de compagnons violents ou malhonnêtes qu'elle avait connu et était revenue plus spécifiquement sur un événement qui l'avait particulièrement marquée : la tentative de pendaison de Sébastien, dans un contexte de chantage affectif. Elle en disait : « lui, je l'ai même dépendu... ».

L'épuisement psychique était bien présent : elle n'était pas en capacité de s'affirmer face à son père (et ne l'avait d'ailleurs jamais été) ni face à ses enfants, dont l'éducation était, de fait, largement déléguée même si elle le déplorait.

Dans une certaine fatalité, sa position vis-à-vis de la prise en charge était passive : « je ne demande pas grand-chose, juste être heureuse, je ne sais pas comment faire, faites ce que vous voulez ».

Devant une symptomatologie très évocatrice de trouble stress post-traumatique (TSPT), elle avait répondu à l'échelle PCLS afin de mieux caractériser ses troubles. Son score global était significativement élevé à 72. Concernant les symptômes :

- D'intrusion, elle obtenait un score de 23/25.
- D'évitement, de 29/35.
- Et d'hyperstimulation (hyperactivation neurovégétative), de 20/25.

Nous avons donc établi très clairement le diagnostic de trouble stress post-traumatique et après avoir fini d'investiguer concernant les éventuelles autres manifestations de ce trouble, nous trouvions des troubles du comportement alimentaire anciens à type d'alternance entre des phases d'anorexie/hyporexie et d'hyperphagie compulsive. A cette composante addictive, nous en trouvions une supplémentaire, celle du mésusage d'alcool, qu'elle utilisait essentiellement à visée anxiolytique

et hypnotique, une fois les tâches quotidiennes accomplies et soigneusement cachée du regard de ses fils.

A l'issue de cet entretien, un switch fluoxétine vers sertraline avait été décidé avec la patiente : molécule davantage anxiolytique et ayant l'AMM à la fois pour l'épisode dépressif caractérisé, le trouble panique ainsi que le trouble stress post-traumatique (98).

Conformément aux recommandations, une période de wash-out de 7 jours avait été nécessaire, la fluoxétine ayant une demi-vie plus longue que les autres ISRS (Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine) (99). Une adjonction d'alimémazine fut également requise. Le sevrage de bromazéпам, indiqué dans cette configuration, était envisagé pour la suite.

Elle semblait vouloir s'engager dans ce suivi mais son attitude très méfiante laissait à penser qu'une réelle adhésion restait à construire.

2. Evolution clinique

Mme D. qui semblait si passive et même rétive à certains aspects de la prise en charge, était néanmoins systématiquement présente et à l'heure à ses rendez-vous, mettant un point d'honneur à ne pas « nous décevoir », de peur que nous mettions « fin à son suivi », en d'autres termes, d'être abandonnée même par le corps soignant. Son observance médicamenteuse semblait plus qu'excellente et le switch initié s'était étonnement bien déroulé, sans qu'elle ait eu à connaître une réelle période de déstabilisation lors du wash-out.

L'alliance thérapeutique se créait, or l'échéance de la fin du semestre d'internat arrivait, ce qui signifiait qu'un relai de prise en charge devait être effectué. Cette nouvelle l'affecta grandement, au point que pendant 6 mois, le temps de mon absence, elle n'avait pas souhaité s'inscrire à nouveau dans un suivi médical au CMP. Elle allait alors faire renouveler ses ordonnances par son médecin traitant en qui elle avait confiance, qui augmenta progressivement les posologies de sertraline (augmentation déjà initiée en CMP) jusqu'à posologie maximale, sans plus d'efficacité.

Elle continuait à se rendre aux consultations avec la psychologue, presque hyperinvestie. Le lien semblait sécurisé et la phase de stabilisation pouvait commencer. Nous avons alors axé sa prise en charge autour de sa sécurisation, de la psychoéducation et de l'estime de soi, en travaillant notamment sur ses cognitions négatives.

L'humeur encore basse malgré le traitement antidépresseur, il n'avait pas été tenté de séance d'EMDR malgré sa demande. Dans l'attente, sa symptomatologie post-traumatique s'était majorée, le score de la PCLS à un an d'intervalle étant passé de 72 à 78.

On retrouvait donc les 3 sous-scores suivant :

- Intrusions : 22/25 contre 23/25
- Evitement : 34/35 contre 29/25
- Hypervigilance : 22/25 contre 20/25.

A mon retour en novembre 2021, nous avons repris le suivi médical et tenté un troisième traitement antidépresseur, la venlafaxine. Là encore la transition n'a rien changé à la symptomatologie, ni même l'augmentation progressive de la dose, jusqu'à 150 mg/jour pour le moment.

3. Analyse et perspectives.

Mme D., comme nous l'avons vu, présente une symptomatologie assez caractéristique et sévère de trouble post-traumatique, s'exprimant selon un profil hyper-réactif. On retrouve comme facteur prédisposant une relation difficile avec son père depuis l'enfance, certainement due à une alcoolodépendance de ce dernier entretenant un climat d'insécurité permanent. De plus, elle décrivait des violences d'ordre verbal au domicile à son encontre ainsi qu'à celle de sa mère. Elle a donc très certainement développé un trouble de l'attachement. Une relation d'emprise s'était installée au fur et à mesure des années.

Avec l'adolescence, elle a présenté un trouble des conduites dans le but de s'affranchir de cette emprise ainsi que des troubles du comportement alimentaire qui ne l'ont jamais quitté. Si, du trouble des conduites ne s'est pas développé chez elle une personnalité antisociale, la question d'autres types de personnalité pourrait se poser mais aucun diagnostic, en cette période de décompensation, ne peut être établi.

On constate par la suite un syndrome de répétition tel que décrit précédemment (cf. paragraphe *Phénomène de répétition*), qu'elle ne s'expliquait pas en l'absence de psychoéducation. L'épisode dépressif caractérisé, plainte au premier plan de la patiente, semble secondaire au psychotraumatisme, tout comme la symptomatologie anxieuse. Ceci expliquerait que les traitements antidépresseurs ne soient que peu efficaces pour le moment, les troubles dissociatifs n'ayant pas encore été réellement pris en charge.

Concernant ses résultats comparatifs à la PCLS, on peut avancer l'hypothèse que du fait de la majoration de l'évitement ainsi que de l'hypervigilance, les symptômes intrusifs se sont maintenus au même niveau de sévérité.

La question de la poursuite du suivi ne se pose pas, elle est évidente, même si la crainte de Mme D., en « n'avançant pas », est que nous lui annonçons qu'il n'y a pas d'issue thérapeutique possible. Nous continuons de la recevoir en entretien et de jouer le rôle de tiers sécures afin de pouvoir finalement traiter ses traumatismes et qu'elle puisse entrevoir une réelle perspective d'avenir.

b. Mme B., de la dissociation péri-traumatique à la dissociation structurelle

i. Contexte de la première consultation

Mme B. était venue consulter pour la première fois au CMP en avril 2021 après quelques mois de « mal-être ». Elle avait alors 35 ans. En couple avec le père de ses enfants, elle avait deux petits garçons de 5 et 7 ans. Elle était dans l'attente, pour ses deux enfants, de la confirmation d'un diagnostic d'autisme dont l'hypothèse avait été émise devant une clinique évocatrice.

Infirmière, elle avait suivi une formation d'hypnothérapie et exerçait dans un cabinet libéral qu'elle avait malheureusement dû revendre du fait de la crise sanitaire, nous confiait-elle.

De ce fait sans emploi, elle se sentait perdue depuis. Son compagnon insistait pour qu'elle reprenne une activité professionnelle malgré une situation financière qui restait aisée. Lui, était gendarme. Il était décrit par Mme B. comme quelqu'un d'assez « rigide et égocentré » dans sa manière de voir les choses : il privilégiait semblait-il les signes extérieurs de réussite. Il aurait été, à ce moment-là, également sous traitement antidépresseur. Il n'existait pas de violence conjugale au sein du couple mais elle se sentait peu soutenue et se questionnait sur la pérennité de leur relation.

Elle était alors traitée depuis 6 mois par antidépresseurs par son médecin traitant. Les doses restaient faibles : elle était passée de 37,5 mg de venlafaxine à 75 mg. A cela s'ajoutait un anxiolytique en soirée : initialement oxazépam, il avait été switché pour du prazépam.

Lors de cette première consultation, elle était asthénique, l'épuisement psychique était visible. Elle ne verbalisait pas d'idéation suicidaire.

ii. Ses antécédents :

Au niveau psychiatrique et personnel, on retrouvait dans l'ordre chronologique :

- Une tentative de pendaison/strangulation à l'âge de 8 ou 9 ans dans un but lytique et un contexte de vécu abandonnique provoqué par la naissance de son petit frère.
- Elle avait été suivie au CASA durant son adolescence pour des manifestations somatiques d'angoisse à type de récurrence de zona et de crises de tétanie. Elle se scarifiait également. Le contexte aurait été celui d'attouchements sexuels de la part de son grand-père de ses 11 ans à ses 15 ans.
- Elle avait présenté des troubles du comportement alimentaire de type anorexie purgative à l'âge de 17 ans, son poids le plus faible avait alors été de 42 kg pour 168 cm (soit un IMC à 14,9).
- A 19 ans, elle effectua une deuxième tentative d'autolyse, cette fois-ci par intoxication médicamenteuse volontaire, toujours dans un contexte d'abandon : en l'occurrence, une rupture sentimentale. Elle avait été hospitalisée en secteur de psychiatrie en soins libres à l'issue de ce geste.

Au niveau familial, elle relatait l'alcoolodépendance de son père lorsqu'elle était jeune, désormais sevrée, ainsi qu'une tendance dépressive de ce dernier. Sa mère serait également sous traitement antidépresseur depuis de nombreuses années.

Au niveau somatique, elle présente un terrain atopique et un herpès génital dont la date d'apparition n'est pas connue.

iii. Sa biographie

Elle est la fille de Martine, décrite comme protectrice et dévouée envers ses enfants. Cette dernière aurait été carencée affectivement durant ses jeunes années car non désirée par ses parents. Elle était mère au foyer.

Son père, Roger, était quant à lui dépeint par Mme B. comme autoritaire et inaffectif. Chauffeur de bus, il aurait été victime de multiples agressions dans le contexte professionnel. De « tendance dépressive », il aurait petit à petit sombré dans une alcoolodépendance dont il est désormais sevré.

De cette union sont nés trois enfants :

- Jérôme, 42 ans.
- Mme B., 35 ans et seule fille de la fratrie.
- Jordan, 27 ans, avec qui elle a peu de contact.

Et d'une précédente union de sa mère, elle a un demi-frère de 44 ans, Yohan.

De sa petite enfance, elle en garde un mauvais souvenir. Elle se disait « seule et sans ami ». Victime de harcèlement scolaire, elle était le « souffre-douleur d'un groupe de garçons violents ».

Au domicile, il n'y avait, selon elle, pas de violence conjugale ni de violence physique de son père envers elle ou ses frères. En revanche, l'alcoolisme chronique de ce dernier faisait régner un climat d'insécurité : elle est à de nombreuses reprises témoin de scène d'ivresse. Elle raconte : « je ne savais jamais ce que j'allais trouver en rentrant chez moi ».

Puis son petit-frère est né quand elle avait 8 ans, elle s'était alors sentie abandonnée, sa mère n'ayant plus de temps pour elle : « je ne trouvais plus ma place ». Sa détresse était telle qu'elle tenta à ses jours en essayant de se stranguler.

A l'école, ses résultats étaient médiocres et elle avait du mal à s'intégrer aux autres enfants. Ses mauvaises notes étaient prétexte à sanctions et par conséquent elle passa la plupart de son temps chez elle, dans sa chambre, consignée.

A l'âge de 11 ans, elle passa une soirée chez son grand-père maternel. Ce dernier lui aurait alors fait visionner des vidéos érotiques et serait passé à l'acte en l'attouchant sexuellement. Cet acte ne serait pas resté isolé, et ces violences sexuelles aurait duré jusqu'à ses 15 ans selon ses dires. Elle finit par porter les faits à la connaissance de ses parents et ceux-ci cessèrent.

Au collège, elle quitta la filière générale et intégra un BEP secrétariat. Elle se révéla finalement bonne élève, la meilleure de sa classe, et se lia pour la première fois d'amitié avec une camarade. Cependant, elle gardait le sentiment de ne pas être « comme les autres », de ne pas « avoir les codes » et notamment avec les garçons.

Vers l'âge de 17 ans, malgré l'apparente évolution positive de sa trajectoire de vie, elle disait avoir ressenti un profond mal-être. Elle présenta des conduites de mises en danger répétées dans une volonté d'intégration avec ses pairs se traduisant notamment par des alcoolisations régulières. Elle développa des troubles du comportement alimentaires à type d'anorexie purgative et son IMC chuta à 14,9.

Elle fit finalement la connaissance d'un strip-teaser à l'âge de 19 ans et eut ses premières relations sexuelles consenties. Néanmoins, cette relation qui avait duré 9 mois n'était pas saine de son point de vue, elle en disait : « j'étais dans l'imaginaire de la relation [...] il m'a prise pour un sex-toy ». En parallèle, elle obtint la même année son Bac STT.

Leur séparation la déstabilisa au point qu'elle fit une nouvelle tentative de suicide, cette fois-ci, médicamenteuse, en utilisant les traitements psychotropes de son père. Elle fut hospitalisée au décours.

Durant son hospitalisation, Patrick, un ami de lycée, lui offrit son soutien. Elle en tomba rapidement amoureuse et ce qui semblait être une relation saine ne le fut finalement pas. Au fur et à mesure, il serait devenu blessant puis « pervers », l'isolant socialement avant de se révéler violent physiquement et sexuellement. Fan de catch, il s'entraînait sur elle régulièrement. Les viols intraconjugaux étaient également déclarés par Mme B. comme quotidiens. C'est grâce à une amie qu'elle réussit à se défaire de l'emprise de cet homme. Elle ne porta jamais connaissance des faits à la justice, pas plus que ceux commis par son grand-père.

A l'âge de 25 ans, elle entreprit des études pour devenir infirmière et obtint son diplôme au bout des trois ans requis malgré des problèmes de compréhension d'ordre relationnel sur ses différents terrains de stage. Elle fit la connaissance dans le même temps du père de ses enfants.

Une fois ses études terminées, elle rejoignit son nouveau compagnon, Cyril, qui était militaire, dans le centre de la France. Elle exerça comme infirmière en secteur de psychiatrie et se forma ainsi à l'hypnose. Les naissances de ses deux garçons avaient déstabilisé le couple, Mme B. disait que son compagnon « égocentrique » ne supportait pas les pleurs et les sollicitations de ces derniers. Elle prit alors ses distances sans acter la séparation. Cette rupture fut finalement décidée peu de temps après le début de son suivi.

C'est à l'occasion de la naissance de son deuxième fils, 5 ans auparavant, qu'elle se rapprocha du reste de sa famille, en Lorraine, et qu'elle s'installa en cabinet libéral. En novembre 2020, du fait de la crise sanitaire, elle fut contrainte d'y renoncer.

iv. Premiers temps de prise en charge

Très peu de temps après avoir eu ce premier contact avec le CMP, elle se présentait aux urgences pour idéations suicidaires. Elle effectua un séjour de rupture au Centre d'Accueil et de Crise (CAC) jusqu'à être admise en clinique pour la suite de la prise en charge.

A cette occasion, elle passa une échelle HDRS (échelle de dépression d'Hamilton) : son score est alors de 25/54, c'est-à-dire supérieur à 18, classant l'intensité de ses symptômes parmi les épisodes dépressifs modérés à sévères.

Elle finit par sortir contre-avis de la clinique, ayant des difficultés de garde pour ses enfants. Néanmoins, cette courte période lui fut bénéfique et notamment le fait de se recentrer sur soi, dans un quasi repli autistique. Elle s'inscrivit par la suite plus que jamais dans le suivi ambulatoire.

Orientée vers une des psychologues de notre CMP, il était apparu très rapidement dans l'évaluation que la problématique principale était d'ordre psychotraumatique bien qu'un florilège de comorbidités associées la masquait au premier abord. Des troubles de la mémoire étaient mis en avant. Le sommeil était très perturbé avec notamment des insomnies d'endormissement du fait d'incessantes ruminations anxieuses. Elle évoquait se réfugier dans l'imaginaire très facilement, avoir du mal à affronter la réalité. Les moments où elle « perd le contrôle de son corps et de son esprit » étaient fréquents de même que les gestes auto-agressifs à type de scarifications « pour sortir la rage ». Son discours était, dans sa globalité, désaffectivé. Les troubles du comportement alimentaires étaient très prégnants avec des crises de boulimie quotidiennes, une perte de 7 kg en quelques mois.

Sa « crainte de se dissocier en public » l'empêchait de retourner à la vie active. Elle se sentait prise au piège.

Elle fut adressée à un psychiatre du CMP pour réévaluation thérapeutique devant la sévérité du tableau clinique. Son observation fit état « d'une personne insatisfaite de sa vie comme d'elle-même », « d'une précipitation des idées qui se font concurrence au préjudice des capacités d'attention », « d'une dépression dont la clinique objective fait défaut », de « victimisations multiples », « d'une suggestibilité, quête d'attention et de soutien ».

La conclusion fut finalement : « un diagnostic de facilité irait dans le sens de la conversion, dissociation au sens de l'hystérie telle que décrite au XXème siècle ». Il émit une deuxième hypothèse allant dans le sens d'une « forme atypique et relativement légère du trouble dysthymique bipolaire » et traita la patiente comme tel, recommandant un abandon du traitement antidépresseur, récemment majoré lors de son passage au CAC à la dose de 150 mg/jour (pour rappel, de la venlafaxine), au profit de l'instauration d'aripiprazole 10 mg/jour à visée thymorégulatrice.

Lors du rendez-vous suivant avec sa psychologue, elle confia ne pas se souvenir de l'entretien médical précédent hormis le fait qu'elle avait un nouveau traitement, visiblement stressée par l'entrevue. Cette nouvelle molécule était, semblait-il, difficilement supportée ou du moins peu efficace. L'angoisse de fond restait prégnante, émaillée de manifestations régulières paroxystiques de type attaques de panique. Elle décrivait des pensées automatiques associées à des émotions négatives qui étaient vécues comme intrusives. Des idéations suicidaires ressurgissaient, prenant la forme d'images de scènes où elle se voyait décédée par suicide, intrusives de la même manière. La simple verbalisation de ces éléments aboutissait en entretien à un tableau de dissociation et nécessitait des exercices de réassociation.

Son médecin traitant lui recommanda d'arrêter l'aripiprazole car mal toléré (sans autre précision) et lui prescrivit alors de l'escitalopram à posologie de 10 mg/jour. Le psychiatre qui la suivait alors lui proposa la reprise de la prise en charge médicamenteuse par son médecin traitant, ce qu'elle approuva et le suivi psychiatrique fut interrompu.

Malgré ses symptômes dissociatifs, elle présentait un certain degré de résilience et cherchait à ce moment-là plus activement un emploi. Le discours restait cependant très ambivalent, elle déclarait : « je ne veux pas être une assistée, c'est contre mes valeurs » mais « je ne me vois pas retravailler, ça fait trop de nouvelles choses en même temps »... « j'ai peur de ne pas être là, d'être dans mon monde intérieur ». Elle expliquait également n'avoir aucune maîtrise sur ce phénomène et se retrouver durant parfois des heures dans son univers où des héros Marvel® étaient là pour la secourir.

Elle était également en quête d'un nouveau compagnon, sa séparation avec le père de ses enfants ayant été actée. Elle verbalisait avoir peur de se retrouver seule, de ne plus être en couple, traduisant une très probable tendance à la dépendance affective. De la même manière, elle avait pour volonté de rencontrer de nouvelles personnes, de se resocialiser, elle qui était relativement isolée. Elle évoquait un sentiment d'insécurité permanent. L'estime d'elle-même était basse.

v. Participation à l'étude

Dans ce contexte, elle m'a été adressée par sa psychologue pour inclusion dans cette présente étude. Parfaitement volontaire, elle verbalisa dans l'enregistrement avec très peu voire aucun affect, les viols répétés de son ex-compagnon.

La DES (Dissociative Experience Scale) était cotée à 52,5% : à titre de comparaison, la moyenne de cette échelle pour le groupe des 19 patientes que nous avons étudié était à 48,14%, soit un score largement supérieur à celui attendu en population normale (cf. paragraphe *Outils diagnostics*).

A la HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), elle obtenait un score A (Anxiety) à 15 et un score D (Depression) à 13 : ces deux scores étaient significatifs car supérieurs à 11.

La PCLS était quant à elle à un score de 67, au-delà du seuil de 44 nécessaire au diagnostic de trouble stress post-traumatique. Ses différents scores sont listés ci-après :

- L'intrusion : 15/25
- L'évitement : 29/35
- L'hyperstimulation : 23/25.

Au questionnaire MINI, on retrouvait chez elle un épisode dépressif catégorisé comme sévère avec un risque suicidaire élevé du fait de ses précédentes tentatives de suicide et d'une réponse positive à l'item « avez-vous pensé à vous suicider ? », sous-entendu dans le mois écoulé. Cependant elle avançait ses enfants comme facteur protecteur et ce risque était donc à pondérer. On ne retrouvait pas d'élément en faveur d'un trouble bipolaire. Des attaques de paniques régulières étaient présentes sans trouble panique associé et également des éléments de phobie sociale, trop peu caractérisés pour que l'on puisse en poser le diagnostic. Sans surprise, on constatait une symptomatologie de trouble stress post-traumatique majeure. Concernant la dépendance alcoolique, les critères de quantité n'étaient pas respectés mais il y avait une réelle dépendance, au moins psychique, avec alcoolisations quotidiennes à visée hypnotiques/anxiolytiques.

A l'issue de l'entretien et au regard de la symptomatologie qui était présente, je lui proposai de reprendre avec elle le suivi médical afin d'adapter son traitement médicamenteux et de pouvoir entreprendre un travail psychothérapeutique plus efficace. Elle accepta volontiers et le traitement antidépresseur qui avait alors été mis en place après l'arrêt de l'aripiprazole par son médecin traitant, pour rappel de l'escitalopram 10 mg/j, a été remplacé par de la paroxétine, à la dose de 20 mg/jour, mieux indiquée dans le trouble stress post-traumatique et davantage anxiolytique (100). Un traitement hypnotique était encore requis, il a été lui aussi adapté afin de l'aider à ne plus recourir à l'alcool.

vi. Poursuite de la prise en charge

Le changement de traitement antidépresseur et l'amélioration de sa situation sociale, avec notamment l'accession à un nouveau logement venant définitivement acter la séparation avec le père de ses enfants ont contribué à améliorer son humeur.

Dès lors, la symptomatologie dépressive était en arrière-plan et ressortait davantage les manifestations anxieuses, favorisant la dissociation et inversement. On constatait très clairement la présence d'une mémoire traumatique qu'elle n'arrivait à intégrer : « dans ma tête, ce qui m'est arrivé, ça ne m'appartient pas », ainsi que des comportements automatiques, des amnésies dissociatives qu'elle arrivait de mieux en mieux à caractériser : « je fais des choses mais je ne me souviens pas de les avoir faites », « je me cogne partout, je découvre bien après que j'ai des bleus mais je ne me souviens pas d'avoir eu mal ».

Cependant, la gêne fonctionnelle était moindre que lorsque ces symptômes se cumulaient avec ceux de l'épisode dépressif caractérisé et elle retrouvait une envie de se socialiser, l'impression « d'enfin être vivante ». Elle faisait montre d'une incroyable capacité de résilience, motivée par l'envie de reprendre enfin une vie normale avec ses enfants.

vii. Analyse et perspectives

Mme B., de par la répétition des traumatismes psychiques depuis l'enfance, a manifestement développé une voire plusieurs PEP (Partie Emotionnelle de la Personnalité). Ce qui relevait à la base de la dissociation péri-traumatique a fini par devenir dissociation structurelle.

Bien qu'elle n'ait pas de réel contrôle sur ce phénomène, elle s'est créée un monde intérieur riche, qui a été pour elle une ressource, un semblant de sécurité, au milieu de la réalité qu'elle n'a jamais considéré comme sécuritaire. Dissociée pendant des minutes, des heures, dans cet endroit psychique qui n'appartenait qu'à elle, elle a réussi à supporter l'insupportable. Mais s'il y a des « avantages » à cette dissociation, il en résulte à l'inverse une gêne fonctionnelle importante.

La discussion en équipe autour de son diagnostic n'a pas forcément été simple face à ses symptômes qui souvent sont signe d'impasse thérapeutique de par le manque de formation des professionnels de santé sur ce sujet. Certains ont pu la considérer comme relevant uniquement d'un trouble de la personnalité ou de l'humeur, n'entrevoiant qu'une infime partie de sa problématique et de manière déformée par le prisme de la psychanalyse.

Pour Mme B., qui fait montre d'une capacité de résilience importante malgré la gravité des traumatismes subis, la suite de la prise en charge consistera à l'aider à s'ancrer dans l'« ici et maintenant », à se réassocier. Elle a d'ailleurs déjà commencé à pratiquer la cohérence cardiaque et la méditation. Peut-être la technique EMDR sera-t-elle utile quand la dissociation, pour l'instant suffisamment étanche, deviendra poreuse.

VIII. Les perspectives de prise en charge

Tout au long de cet écrit, nous avons vu à quel point les violences conjugales pouvaient impacter la vie des victimes mais aussi celle de leur(s) enfant(s) (101), dans un certain nombre de cas victimes directes de violences également ou par « ricochet », témoins impuissant de ce qui se déroule à domicile.

Ces violences, devenues un véritable phénomène sociétal ces dernières années, nécessitent une détection précoce dont l'objectif est bien évidemment une prise en charge précoce qui sera d'autant plus efficace.

Faisons un petit tour d'horizon de ce qui existe à l'heure actuelle en terme de techniques psychothérapeutiques.

a. Dans l'ordre chronologique

i. Prise en charge immédiate et post-immédiate

Cette approche se conçoit dans le cas d'un traumatisme unique (attentat, catastrophe naturelle, viol) ou dans le décours immédiat d'un événement particulièrement traumatisant venant s'inscrire dans le cadre de violences chroniques. Le cas typique étant, en ce qui concerne les violences conjugales, une victime qui se présenterait aux urgences directement après une agression, de n'importe quel type.

1. Prise en charge immédiate (93,102)

Dans les premières 24 heures, selon les principes de Salmon issus de la psychiatrie de l'avant, en période de guerre, on doit s'efforcer de faire preuve de :

- Immédiateté : consultation rapide.
- Proximité : lieu d'accueil sécurisé et sécurisant (permet ainsi de marquer la fin de l'événement)
- Simplicité : il n'y a alors pas encore de psychothérapie vraie mais le but est de restaurer la parole dans un premier temps = « créer une rencontre avec la personne blessée ».

Le tout ayant pour but le déchochage (= defusing), c'est-à-dire resituer le patient dans « l'ici et maintenant » pour le reconnecter avec la réalité et le réassocier d'une certaine manière.

Il faut inviter le patient à se confier, instaurer un climat de confiance afin que sa parole se délie, sans jamais lui imposer. Il est important qu'il reprenne le contrôle et qu'il ne se sente pas agressé une nouvelle fois.

- Expectative : dans un premier temps, il est nécessaire de s'assurer de la baisse de la charge émotionnelle.

Vient ensuite le temps d'organiser le reste de la prise en charge en fonction de chaque patient. Comme dans toutes pathologies psychiatriques, l'intégration de l'entourage est essentielle et dans l'idéal, une information aux familles sur les symptômes que pourra possiblement présenter la victime s'avère souvent utile et constructive.

2. Phase post-immédiate (93,102)

Définie comme s'étendant de J2 à J10, c'est le temps du débriefing : il a pour but également de diminuer les symptômes dissociatifs. Il permet à la/aux victime(s) de pouvoir verbaliser, reformuler et ne pas s'enfermer dans des répétitions avec l'aide du thérapeute.

Viennent ensuite les autres prises en charge, instaurées de manière différées et listées de manière non-exhaustive ci-après.

b. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Maintenant connue et reconnue, cette psychothérapie s'appuie sur des connaissances neurobiologiques : l'alternance des mouvements oculaires simulant celle que l'on retrouve lors du sommeil paradoxal ou REM (Rapid Eye Movement), dont le rôle est l'intégration émotionnelle et la consolidation de la mémoire.

Une étude menée par Cyril Tarquinio et al. (103) en 2012, a démontré l'intérêt de cette psychothérapie par rapport à une thérapie éclectique ou l'absence de thérapie, sur un échantillon de 36 femmes victimes de violences conjugales. Fait intéressant, ces effets bénéfiques sur la symptomatologie post-traumatique se sont maintenus six mois après l'intervention. Il a d'ailleurs écrit un livre (104) sur cette technique et dont il supervise l'enseignement au Centre Pierre Janet de Metz.

L'indication principale est le traitement des reviviscences d'un événement traumatique ou de plusieurs mais facilement ciblés par le/la patient(e), afin de permettre leur intégration dans la mémoire autobiographique et les délester de leur « émotionnalité négative ».

De par la formation désormais d'un certain nombre de professionnels, et donc de sa disponibilité, elle se place en première ligne des psychothérapies du psychotrauma. Cependant, la confrontation aux souvenirs traumatiques, éprouvante par essence, nécessite une stabilisation émotionnelle et thymique préalable du/de la patiente, pouvant parfois retarder sa mise en œuvre.

c. IMO (Intégration par les Mouvements Oculaires)(105)

Moins réputée que la précédente (non pas pour son manque d'efficacité), l'IMO ou, en anglais, EMI pour Eye Movement Integration, partage des similitudes avec l'EMDR dans le sens où ces deux techniques utilisent les mouvements oculaires. La technique est explicitée par Danie Beaulieu dans le livre « Eye Movement Integration Therapy »(106). Cependant, même si elles partagent la même indication, s'attaquant toutes deux aux traces neurologiques des traumatismes psychiques, l'IMO se base quant à elle sur les fondements de la PNL (Programmation NeuroLinguistique).

C'est à la direction du regard que l'on s'intéressera, faisant faire aux patients des mouvements alternatifs des yeux dans différents champs visuels : ceci permettrait d'accéder de manière différente au souvenir traumatique, selon que l'on se place dans un champ ou dans l'autre. Ainsi, la personne traumatisée dont l'émotion est la plus vive dans le champ visuel supérieur aura une trace mnésique davantage visuelle, latéralement, le contenu sera davantage auditif et en inférieur, plutôt centré sur les sensations corporelles.

Avec cette technique, la vitesse des mouvements est adaptée à chaque personne et le champ visuel à travailler l'est également, lui donnant une meilleure sensation de contrôle, ce qui est essentiel dans les problématiques psychotraumatiques. Le but est d'obtenir une poursuite visuelle continue, en anglais, Smooth Pursuit Eye Movement (SPEM).

Comme en EMDR, il ne faut que quelques séances pour traiter un souvenir traumatique.

d. TCC

Un certain nombre de thérapies efficaces pour traiter les troubles psychotraumatiques se sont développées à partir de la TCC. En voici quelques exemples :

i. Exposition prolongée

C'est une technique qui s'assimile à l'exposition graduelle utilisée dans les troubles anxieux et notamment pour les phobies spécifiques, les agoraphobies, les TOC...

Concernant le psychotrauma, on parlera d'exposition prolongée (39). Le/la patiente va devoir dans un premier temps se remémorer l'événement traumatique et le raconter en détail afin d'en permettre son enregistrement. Les tâches intercurrentes vont alors consister à écouter cet enregistrement à domicile. Ensuite, la personne devra se confronter à des objets, des lieux, lui rappelant le traumatisme.

Le tout dans le but de « désensibiliser » la personne, lui faire renoncer à l'évitement.

ii. TCD : Thérapie Cognitive Dialectique

Si la TCD n'est pas à proprement dit une thérapie du TSPT, c'est en revanche celle qui convient au traitement du trouble de la personnalité borderline et à celui du DESNOS, entité difficilement différenciable d'un point de vue comportemental et prenant leur origine commune dans des expériences de traumatisation précoce et d'attachement désorganisé (10). La TCD a été développée par Marsha Linehan, professeure de psychologie et de sciences comportementales à l'université de Washington, en 1993 (107).

Le TBP (Trouble de la Personnalité Borderline) est défini par Marsha Linehan comme une « dysrégulation émotionnelle », quel que soit le type d'émotion. De ce constat découle une conséquence naturelle : l'impulsivité (qui est nommée « urgence à l'action » en TCD). En situation de stress important, on observe également une tendance marquée à la dissociation.

La notion d'« environnement invalidant » dans l'enfance est fondamentale, il serait un des principaux facteur, avec les maltraitances/abus dans l'enfance, favorisant l'émergence de ce trouble de personnalité et peut être de plusieurs types :

- N'autorisant pas l'expression émotionnelle
- Prônant un contrôle émotionnel et la réussite
- Réfutant/invalidant l'expression émotionnelle ou ne la prenant en compte que lorsqu'il y a surexpression
- Surprotégeant l'enfant de ses émotions.

On notera une peur de l'abandon et du rejet, amenant des difficultés à trouver la bonne distance avec l'autre.

Pour résumer, le but de cette technique est d'adopter une conception dialectique du monde. Le clivage étant le principal mécanisme de défense en œuvre chez les personnes souffrant de TBP, il leur est difficile de concevoir les nuances : leur vision des choses est initialement dichotomique, en tout ou rien, en bien et en mal, etc. On retiendra que ce mode de fonctionnement inhérent au trouble ne doit pas faire craindre au thérapeute un échec : c'est justement cela que l'on va traiter.

Les objectifs de cette technique sont :

- De développer le « sens de Soi » grâce à la « conscience éclairée » qui désigne la capacité de vivre pleinement l'expérience et de l'analyser
- Pouvoir tolérer sa détresse psychologique
- Mieux gérer ses émotions
- Apprendre à nouer des relations interpersonnelles de qualité : cela passe par des exercices d'affirmation de soi notamment.

La TCD est reconnue pour abaisser significativement le nombre de tentatives d'autolyse et d'automutilation dans cette population.

Reste maintenant à former plus de soignants à cette psychothérapie afin de ne plus se trouver démunis devant ce trouble que l'on considère encore trop souvent comme « incurable ».

iii. SIT (Stress Inoculation Training)

Le « stress inoculation training » (SIT), technique psychothérapique dérivée également de la TCC, associe plusieurs moyens de gérer son anxiété, et donc de contrôler certains symptômes du TSPT. On y trouve à la fois des exercices de respiration, de relaxation, de la restructuration cognitive, des jeux de rôle... L'ensemble de ces techniques, seules ou en association, a prouvé une efficacité chez les femmes présentant un trouble stress post-traumatique chronique, et ce, avec un maintien des résultats à au moins trois mois (39).

e. L'ICV (Intégration du Cycle de la Vie)

Cette psychothérapie, relativement récente, a été conceptualisée à partir des connaissances neurobiologiques actuelles par Peggy Pace au début des années 2000. Son ouvrage, traduit en français notamment par Joanna Smith (psychologue clinicienne), « Pratiquer l'ICV » (2014), détaille cette technique (108). Enseignée également au Centre Pierre Janet de Metz, cette pratique mérite à être connue.

Quel en est le principe ?

« Relancer le travail de « digestion » émotionnelle et de repérage spatio-temporel, notamment de l'hippocampe, qui a été bloqué lors de la survenue d'événements traumatiques » (109).

Explicitement, grâce à la Ligne du Temps qui commence peu après la naissance, le patient va devoir situer l'événement traumatique parmi d'autres événements de vie.

A qui s'adresse l'ICV ?

Elle s'adresse notamment aux personnes victimes de violences précoces et/ou chroniques : parmi celles-ci, on retrouve bien évidemment les maltraitances de l'enfant, et par extension les troubles de l'attachement (110), et les violences conjugales.

Quels en sont les objectifs ?

On lui trouve des vertus dans la réduction de la dissociation, dans la gestion des émotions ainsi qu'en terme d'estime de soi. Elle permettrait, par la prise en charge de ces vulnérabilités, de limiter la répétition traumatique.

f. Autres psychothérapies

Nous nous contenterons de citer ici des thérapies utiles, in fine, à la gestion du stress. Parmi celles-ci, on peut citer la cohérence cardiaque, qui, en agissant sur le système nerveux autonome, en favorisant l'inhibition du système nerveux sympathique, va activer le parasympathique et favoriser ainsi la sensation de détente, agir sur l'hyperactivation neurovégétative.

La méditation est par définition un moyen de se recentrer sur soi, de ressentir ses sensations corporelles. Utile aux personnes sujettes à la dissociation, elle permet d'ancrer la personne traumatisée psychique dans l'« ici et maintenant », en d'autres termes, elle la réassocie.

L'hypnothérapie reste assez controversée dans cette indication, on la trouve souvent en association avec la TCC. Elle nécessite au praticien d'être particulièrement bien formé afin de gérer une « double dissociation », à la fois celle de la transe hypnotique et celle du traumatisme en lui-même. L'indication peut être le traitement du traumatisme en lui-même ou des comorbidités telles que l'anxiété, les troubles du sommeil etc. (111)

Il y aura aussi souvent recours, en parallèle, grâce à d'autres techniques psychothérapeutiques et/ou au traitement médicamenteux, à la prise en charge des nombreuses « comorbidités » de ce trouble : dépression et le risque suicidaire secondaire, anxiété, trouble de la personnalité, addiction (troubles du comportement alimentaire, toxiques,...), etc.

IX. Conclusion

La psycholinguistique, en trouvant des linguo-marqueurs pertinents, se place comme un outil diagnostique efficient et objectif, en permettant d'évaluer finement la sévérité du trouble et ainsi pouvoir évaluer l'efficacité des thérapies. Pourrons-nous peut-être, grâce à cela, permettre dans les années à venir d'établir des stratégies thérapeutiques encore plus efficaces ?

Et cette application future, bien qu'utile aux professionnels de santé dans le sens où ils sont les premiers à être sollicités par les personnes victimes de violences conjugales (35), ne devrait pas se cantonner au milieu médical : elle devrait être généralisée, en incluant l'ensemble des acteurs des réseaux de lutte contre les violences faites aux femmes dans une sensibilisation collective.

Il pourrait aussi en découler une formation plus complète des policiers et gendarmes, amenés à recevoir les plaintes, qui éclairerait davantage leur point de vue sur ces récits trop souvent considérés comme incohérents, incomplets, demandant finalement aux victimes de se justifier, de prouver en quelque sorte qu'elles sont effectivement victimes.

Bibliographie :

1. Auxéméry Y. Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. *L'Évolution Psychiatrique*. mai 2021;86(2):375-97.
2. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition text revised. (DSM IV-TR)*. Washington (D.C) : American Psychiatric Association Press, 2000.
4. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Plos One* 2016;11(10):e0161645.
5. Auxéméry Y. Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites. *European Journal of Trauma & Dissociation*. nov 2019;3(4):245-56.
6. Terr LC. Childhood traumas : an outline and overview. *AJP*. janv 1991;148(1):10-20.
7. Herman JL. *Trauma and recovery*. London: Pandora; 2001.
8. Solomon EP, Heide KM. Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. juin 1999;43(2):202-10.
9. Josse É. Chapitre 4. Les types de traumatisme. In: *Le traumatisme psychique chez l'adulte* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. p. 53-66. (Ouvertures Psy - LMD; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-traumatisme-psychique-chez-l-adulte--9782807320390-p-53.htm>
10. Bourgault R. 8. Trauma complexe ou DESNOS: In: *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie* [Internet]. Dunod; 2013 [cité 27 mars 2022]. p. 64-71. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie-2013--9782100593330-page-64.htm?ref=doi>
11. van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. oct 2005;18(5):389-99.
12. Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K., De Soir, E., & Mattheis, H. (2006). Dissociation structurelle de la personnalité et trauma [Structural dissociation of the personality linked to psychological trauma]. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 6(3), 125–139.
13. Smith J. Chapitre 1. Dissociation structurelle : repères: In: *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 20 mars 2022]. p. 2-16. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychotherapie-de-la-dissociation-et-du-trauma-2021--9782100800230-page-2.htm?ref=doi>
14. Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma: From anesthesia to pain. In J. Goodwin & R. Attias (Eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 39–65). Basic Books/Hachette Book Group.
15. Janet P. L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie* 1904 ; 1 : 417 - 453.

16. Myers CS. Shell shock in France, 1914 - 1918. Cambridge : Cambridge University Press, 1940.
17. Hart O van der, Nijenhuis ERS, Steele K, Mousnier-Lompré F, Dellucci H. Le soi hanté: dissociation structurelle et traitement de la traumatisation chronique. Bruxelles [Paris]: De Boeck; 2010. (Carrefour des psychothérapies).
18. van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D. Trauma-related dissociation: conceptual clarity lost and found. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2004;38(11-12):906-14.
19. Coutanceau R, Smith J. Psychothérapie et éducation: la question du changement. Paris: Dunod; 2015. (Psychothérapies).
20. Carluer L. Chapitre 3. Neurobiologie de la dissociation: In: Psychothérapie de la dissociation et du trauma [Internet]. Dunod; 2021 [cité 21 mars 2022]. p. 27-38. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychotherapie-de-la-dissociation-et-du-trauma-2021--9782100800230-page-27.htm?ref=doi>
21. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *AJP*. juin 2010;167(6):640-7.
22. Auxéméry Y. L'état de stress post-traumatique comme conséquence de l'interaction entre une susceptibilité génétique individuelle, un évènement traumatogène et un contexte social. *L'Encéphale*. oct 2012;38(5):373-80.
23. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2020;141(1):6-20.
24. Haagsma JA, Ringburg AN, van Lieshout EM, van Beeck EF, Patka P, Schipper IB, et al. Prevalence rate, predictors and long-term course of probable posttraumatic stress disorder after major trauma: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. déc 2012;12(1):236.
25. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129(1):52-73.
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(5):748-66.
27. Elklit A, Christiansen DM. Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Female Help-Seeking Victims of Sexual Assault. *Violence Vict*. 2013;28(3):552-68.
28. Les échelles pour le TSPT [Internet]. Institut français d'EMDR. Disponible sur: https://www.ifemdr.fr/les-echelles-pour-le-tspt/#PTSD_checklist_for_DSM-5_PCL-5
29. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. mai 1979;41(3):209-18.
30. Bernstein Carlson E, Putnam FW. Dissociative Experience Scale [Internet]. 1986. Disponible sur: https://www.irpt.ch/data/web/irpt.ch/uploads/pdf/des_fr.pdf
31. Darves-Bornoz J-M, Degiovanni A, Gaillard P. Validation of a French Version of the Dissociative Experiences Scale in a Rape-Victim Population. *Can J Psychiatry* 1999;44(3):2715.

32. Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *L'Évolution Psychiatrique*. oct 2009;74(4):487-96.
33. Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (1997). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 412–428). The Guilford Press. In.
34. Jehel L, Brunet A, Paterniti S, Guelfi JD. Validation of the Peritraumatic Distress Inventory's French translation. *Can J Psychiatry*. janv 2005;50(1):67-71.
35. Lettre n°17 : Les violences au sein du couple et les violences sexuelles en 2020 [Internet]. 2021 nov [cité 13 mars 2022]. Report No.: 17. Disponible sur: <https://arreteonslesviolences.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/Lettre%20n%C2%B017%20-%20Les%20violences%20au%20sein%20du%20couple%20et%20les%20violences%20sexuelles%20en%202020.pdf>
36. Salmona M. Chapitre 10. Comprendre l'emprise pour mieux protéger et prendre en charge les femmes victimes de violences conjugales: In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 29 mars 2022]. p. 98-107. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille-2021--9782100810055-page-98.htm?ref=doi>
37. Salmona M. L'emprise ou la dissociation traumatique à l'œuvre. *Soins Psychiatrie*. mars 2018;39(315):20-4.
38. Auxéméry Y. L'exposition traumatique du sujet dit « névrosé » : destinée ou rencontre fortuite ? Aller au-devant et au-delà de l'évènement traumatique : de la confrontation traumatique désertifiée par le langage à la voie psychothérapique. *L'Évolution Psychiatrique*. juill 2013;78(3):399-414.
39. Foa EB. Trauma and women: course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 9:25-8.
40. Leiner AS, Kearns MC, Jackson JL, Astin MC, Rothbaum BO. Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. avr 2012;80(2):317-21.
41. Malet-Karas A, Bernard D, Piet E, Bertin E. Disordered eating as a repercussion of sexual assault: a consequence to consider. *Eat Weight Disord*. 11 janv 2022;
42. van der Kolk BA. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*. janv 1994;1(5):253-65.
43. Bremner, J. D., Innis, R. B., Ng, C. K., Staib, L. H., Salomon, R. M., Bronen, R. A., ... & Charney, D. S. (1997). Positron emission tomography measurement of cerebral metabolic correlates of yohimbine administration in combat-related posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(3), 246-254.
44. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(4):445-61.
45. Bremner JD, Randall P, Scott TM, Bronen RA, Seibyl JP, Southwick SM. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *AJP*. juill 1995;152(7):973-81.

46. Bremner JD, Licinio J, Darnell A, Krystal JH, Owens MJ, Southwick SM, et al. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. mai 1997;154(5):624-9.
47. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique: *Devenir*. 20 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
48. J. Bowlby, *Attachement et perte*, tome 3, « Un exposé général ».
49. Schore AN. Relational Trauma and the Developing Right Brain: An Interface of Psychoanalytic Self Psychology and Neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*. avr 2009;1159(1):189-203.
50. Pillet V. La théorie de l'attachement : pour le meilleur et pour le pire: *Dialogue*. 10 mai 2007;n° 175(1):7-14.
51. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *AJP*. juill 1996;153(7):94-102.
52. Birnes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur psychiatr*. Mars 2005;20(2):145-51.
53. Jehel L, Lopez G. *Psychotraumatologie - Évaluation, clinique, traitement*. Dunod. 2006.
54. MacLean PD, Guyot R. *Les Trois cerveaux de l'homme*. Paris: R. Laffont; 1990. (La Fontaine des sciences).
55. Porges SW, Milantoni N, Chosson-Argentier I. *La théorie polyvagale: fondements neurophysiologiques des émotions, de l'attachement, de la communication et de l'autorégulation*. 2021.
56. Salmona M. *La mémoire traumatique en bref - Mécanismes à l'œuvre* [Internet]. memoiretraumatique.org. 2008. Disponible sur: <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html>
57. Auxéméry Y. De la séméiologie psychiatrique à la psycholinguistique : définition d'un nouveau modèle de la clinique post-traumatique. *L'Évolution Psychiatrique*. nov 2019;84(4):631-43.
58. Auxéméry Y, Gayraud F. Identification des marques du traumatisme psychique dans le langage parlé : définition de l'échelle diagnostique « SPLIT-10 ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2021;179(10):869-88.
59. Amir N, Stafford J, Freshman MS, Foa EB. Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *J Trauma Stress*. avr 1998;11(2):385-92.
60. Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). The Guilford Press.
61. Zoellner LA, Alvarez-Conrad J, Foa EB. Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *J Trauma Stress*. févr 2002;15(1):49-57.

62. Bedard-Gilligan M, Zoellner LA, Feeny NC. Is Trauma Memory Special? Trauma Narrative Fragmentation in PTSD: Effects of Treatment and Response. *Clin Psychol Sci*. Mars 2017;5(2):212-25.
63. Auxéméry Y, Gayraud F. Le syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT). *L'Évolution Psychiatrique*. Oct 2020;85(4):509-28.
64. Auxéméry Y. Formes cliniques des dépressions post-traumatiques. *L'Encéphale*. Sept 2015;41(4):346-54.
65. Tarquinio C, Auxéméry Y. Manuel des troubles psychotraumatiques: théories et pratiques cliniques. 2022.
66. Auxéméry Y, Fidelle G. Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques. *L'Encéphale*. Févr 2011;S0013700610002721.
67. Auxéméry Y. Le « débriefing francophone » : origines, définitions, évolutions, efficacité. Trois décennies de discours spécialisé vers la thérapie du trauma. *L'Évolution Psychiatrique*. Août 2021;S0014385521000992.
68. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition. Washington (D.C) : *American Psychiatric Association Press*, 1980, 535 p.
69. Foa EB, Molnar C, Cashman L. Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. Oct 1995;8(4):675-90.
70. Schlosser M. Agency. The Stanford Encyclopedia of Philosophy, Edward N. Zalta (ed.), 2019, URL = <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/agency/>.
71. Gallagher S. Philosophical conceptions of the self : implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences* 2000 ;4(1) : 14-21.
72. Synofzik M, Vosgerau G, Voss M. The experience of agency: An interplay between prediction and postdiction. *Frontiers in Psychology*, 2013. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00127>.
73. Webb R, Widseth J. Traumas With and Without a Sense of Agency. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma* 2009 ; 18(5) : 532-48.
74. Ataria, Y. Sense of ownership and sense of agency during trauma. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 2015 ; 14(1) : 199-212.
75. Rabellino D, Burin D, Harricharan S, et al. Altered sense of body ownership and agency in posttraumatic stress disorder and its dissociative subtype: a rubber hand illusion study. *Front Hum Neurosci* 2018 ; 12 p. doi : 10.3389/fnhum.2018.00163.
76. Adler JM. Living into the story: agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *J Pers Soc Psychol* 2012 ; 102(2):367-89.
77. Adler JM, McAdams DP. The narrative reconstruction of psychotherapy. *Narrative Inquiry* 2007 ; 17(2) : 179-202.

78. Dowty D. Thematic Proto-Roles and Argument Selection. *Language* 1991 ; 67(3) : 547-619.
79. Van Staden CW, Fulford KWM. Changes in semantic uses of first person pronouns as possible linguistic markers of recovery in psychotherapy *Austr NZ J of Psychiatr* 2004 ; 38:226-232.
80. Pennebaker JW, Chung CK. Expressing writing, emotional upheavals, and health. In : Friedman H, Silver R (Eds.), *Handbook of health psychology*. New York : Oxford University Press, 2007, p263-84.
81. Pennebaker JW, Boyd RL, Jordan K, Blackburn K. *The development and psychometric properties of LIWC*. Austin, TX : University of Texas at Austin, 2015, 26 p.
82. Pennebaker JW, Campbell S. The secret life of pronouns : Flexibility in Writing Style and Physical Health. *Psychol Sci* 2003 ; 14(1) : 60-5.
83. D'Andrea W, Ford J, Stolbach B, Spinazzola J, van der Kolk BA. Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatr* 2012;82(2):187.
84. Kleim B, Horn AB, Kraehenmann R, Mehl MR, Ehlers A. Early linguistic markers of trauma-specific processing predict post-trauma adjustment. *Frontiers in Psychiatry* 2018;9(645):1-7.
85. Miragoli S, Camisasca E, Di Blasio P. Investigating linguistic coherence relations in child sexual abuse: A comparison of PTSD and non-PTSD children. *Heliyon* 2019; 5(2) : e01163. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e001163>.
86. Klein I, Janoff-Bulman R. Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect* 1996; 20(1): 45-54.
87. Papini S, Yoon P, Rubin M, Lopez-Castro T, Hien DA. Linguistic characteristics in a non-trauma-related narrative task are associated with PTSD diagnosis and symptom severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2015 ; 7(3):295-302.
88. Jaeger J, Lindblom KM, Parker-Guilbert K, Zoellner LA. Trauma narratives : It's what you say not how you say it. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2014 ; 7(3):295-302.
89. Marshall K, Venta A, Henderson C, Barker M, Sharp C. Linguistic analysis as a method for assessing symptoms after sexual trauma among female adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Child Sexual Abuse* 2017;26(8) : 910-926.
90. Tausczik YR, Pennebaker JW. The Psychological Meaning of Words : LIWC and Computerized Text Analysis Methods. *Journal of Language and Social Psychology* 2010; 29 : 24-54.
91. Friedman S, Samuelian J-C, Lancrenon S, Even C, Chiarelli P. Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res* 2001;104(3):24757.
92. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(S20):22-33.
93. Auxéméry Y. Quelle(s) psychothérapie(s) pour les sujets psychotraumatisés ? De la théorie à la pratique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2016;174(4):309-12.

94. Auxéméry Y. La thérapie dynamique brève. In : Stratégies thérapeutiques des traumatismes. Rapport du 116ème congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (Bastia). Tours : Presses Universitaires François Rabelais, 2018, p103-118.
95. Auxéméry Y. Treatment of post-traumatic psychiatric disorders: a continuum of immediate, post-immediate and follow-up care mediated by specific psychotherapeutic principles. Clinical experience in French-speaking countries. *Encephale* 2018 ; 44(5):403-8.
96. Van der Kolk BA, Weill A, Wiart Y. Le corps n'oublie rien: le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme. 2021.
97. Quinodoz JM. Le complexe d'Oedipe et l'inconscient. In: Sigmund Freud. 2ème ed. Paris: Que sais-je?; 2019. p. 46-52.
98. Zoloft 50 mg, gélule - Résumé des caractéristiques du produit [Internet]. Base de données publique des médicaments. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=60683198&typedoc=R>
99. Gauthier C, Abdel-Ahad P, Gaillard R. Recommandations pour switcher et arrêter les antidépresseurs. *L'Encéphale*. sept 2018;44(4):379-86.
100. Paroxétine 20 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publiques des médicaments [Internet]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=64854287>
101. Sadlier K. Chapitre 12. L'enfant co-victime de la violence dans le couple: In: Violences conjugales et famille [Internet]. Dunod; 2021 [cité 2 avr 2022]. p. 122-31. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille-2021--9782100810055-page-122.htm?ref=doi>
102. De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris: Masson; 2007.
103. Tarquinio C, Brennstuhl MJ, Rydberg JA, Schmitt A, Mouda F, Lourel M, et al. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of victims of domestic violence: A pilot study. *European Review of Applied Psychology*. oct 2012;62(4):205-12.
104. Tarquinio C. Pratique de la psychothérapie EMDR: fondements et concepts de base, approfondissements pratiques et psychopathologiques. 2019.
105. Différence entre IMO et EMDR [Internet]. aidepsychologique.com. Disponible sur: <https://aidepsychologique.com/articles/difference-entre-imo-et-emdr/>
106. Beaulieu D. Eye movement integration therapy: the comprehensive clinical guide. 1st Ed. Bethel, CT: Crown House Pub; 2012.
107. Beaudoin M, Aguerre C. Spécificités, visées et apports de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans le cadre de la prise en charge du trouble de la personnalité borderline (TPB). *PSN*. 2018;16(2):25-41.
108. Pace P. Pratiquer l'ICV: l'intégration du cycle de la vie. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2019. (Les ateliers du praticien).

109. Smith J. Chapitre 9. L'ICV comme traitement novateur des victimes et témoins de violences conjugales: In: *Violences conjugales et famille* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 2 avr 2022]. p. 94-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/violences-conjugales-et-famille-2021--9782100810055-page-94.htm?ref=doi>
110. Clément C. Chapitre 9. Traitement des troubles de l'attachement: Attachement et dissociation : prise en charge par l'ICV. In: *Psychothérapie de la dissociation et du trauma* [Internet]. Dunod; 2021 [cité 20 mars 2022]. p. 118-27. Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychotherapie-de-la-dissociation-et-du-trauma-2021--9782100800230-page-118.htm?ref=doi>
111. Cheveau C. *Guérir d'un traumatisme psychique par hypnose: une technique efficace et rapide pour retrouver une vie normale*. Paris: J. Lyon; 2014.

Annexe 1 : L'échelle PCL5 :

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

RESUME DE LA THESE :

Introduction. – Davantage objective que les approches séméiologiques et psychométriques actuelles, la psycholinguistique ouvre un renouveau épistémologique de la conception du trauma.

Méthodes. – Un récit traumatique et un récit non-traumatique ont fait l'objet d'un codage linguistique et d'une cotation à l'échelle SPLIT-10 chez 19 femmes âgées de 20 à 60 ans ayant souffert de violences conjugales et présentant un trouble de stress post-traumatique à l'entretien structuré.

Résultats. – Les récits traumatiques contiennent significativement davantage de pronoms de 1^{ère} personne du singulier. Les récits non-traumatiques des témoins contiennent significativement moins de pronoms de 1^{ère} personne du singulier que les récits non-traumatiques des personnes blessées psychiques. Les récits traumatiques contiennent significativement plus de pronoms « me » COD ainsi que de pronoms COI.

Discussion. – Il existe un gradient d'utilisation du pronom de 1^{ère} personne du singulier inversement corrélé au degré de valence traumatique des récits. Même dans les récits dits « non-traumatiques » élaborés par les sujets souffrant de trouble de stress post-traumatique, le trauma s'inscrit malgré tout, en creux dans le discours. Dire « je » traduit une symptomatologie moindre que dire « me », mais c'est lorsque le sujet dit « nous » ou « on » qu'il apparaît être redevenu à un discours normal, ne souffrant plus des affres des reviviscences ou de la dissociation pathologique. Ainsi, l'identification de linguo-marqueurs mérite d'être poursuivie afin de mieux décrire objectivement les troubles psychiques post-traumatiques, de mieux les repérer en pratique clinique de terrain y d'y suivre l'efficacité des psychothérapies recommandées.

TITRE : Study of agency in the discourse of women suffering from post-traumatic stress disorder in the aftermath of domestic violence

THESE : SPECIALITE PSYCHIATRIE ANNEE 2022

MOTS-CLEFS : trouble de stress post-traumatique ; violences faites aux femmes ; agentivité ; psycholinguistique ; linguo-marqueurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET MÉTIERS DE LA SANTÉ - CAMPUS BRABOIS
SANTÉ | 9, AVENUE DE LA FORÊT DE HAYE BP 20199 | 54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY
CEDEX