

Troubles post-traumatiques simple et complexe : prise en charge et options thérapeutiques

Simple and complex post-traumatic disorders: management and treatment options

AMMENDOLA S.

Clinique du Trauma, Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Brugmann, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

La clinique du psychotrauma est caractérisée par des manifestations cliniques très variées et peu spécifiques qui peuvent rendre le diagnostic difficile, avec des patients à risque de se retrouver dans des situations que nous pourrions qualifier « d'errance diagnostique ».

Les médecins généralistes seront souvent les premiers à accueillir ces patients dans une première démarche de demande de soin souvent organisée autour d'une variété de symptômes, expressions psychosomatiques et comorbidités physiques de la détresse psychique qui caractérise cette population.

Par contre, envisager ce diagnostic en présence de ces symptômes permet d'adapter sa prise en charge, faciliter l'orientation thérapeutique et favoriser l'évolution clinique de ces patients.

Je présenterai dans cet article deux cas cliniques représentatifs de traumatisme simple et de traumatisme complexe pour souligner les différences d'étiologie, d'expressions cliniques et d'options thérapeutiques de chacun.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 337-342

ABSTRACT

The clinic of psychotrauma is characterized by several varied and unspecific clinical manifestations that can make the diagnosis difficult, with patients at risk of finding themselves in a process that we could describe as «diagnostic wandering».

General practitioners will often be the first to welcome these patients for an initial request for care. This is often performed by considering the broad range a of symptoms, psychosomatic expressions, and comorbidities of the psychological distress, which characterize this population.

On the other hand, considering this diagnosis in the presence of certain symptoms makes it possible to adapt management, facilitate therapeutic orientation and promote the clinical evolution of these patients.

In this article, I will present two representative clinical cases of simple and complex trauma to highlight the differences in etiology, clinical expressions, and therapeutic options of each.

Rev Med Brux 2022 ; 43 : 337-342

Key words : PTSD, complex trauma

INTRODUCTION : TRAUMA SIMPLE ET TRAUMA COMPLEXE

Un trauma psychique ou psychotraumatisme peut survenir lors d'une exposition en tant que victime et/ou témoin à un événement de violence majeure soudaine ou imprévue qui peut aller jusqu'à la confrontation avec la mort en créant une rupture de la continuité psychique de l'individu. C'est en 1991 qu'une première différenciation nosologique apparaît en littérature proposée par la psychiatre américaine Leonor Terr qui définit deux types de psychotraumatismes : type I et type II¹. Pour les premiers il s'agit de traumatismes induits par un événement unique, limité dans le temps avec un début et une fin claire tandis que les traumatismes de type II se développent lorsque les événements sont multiples, caractérisés par une répétition ou une menace de répétition durant une longue période. En 1992 une nouvelle classification est

proposée² en classant les psychotraumatismes en deux catégories : simple et complexe. Ces deux définitions assimilent aux traumas de type I et II. Nous parlons de **trauma simple** lorsque le traumatisme psychologique est généré par l'exposition à un événement ponctuel (accidents, agressions, perte de proches, catastrophe naturelle...) qui fait effraction dans l'intégrité psychique, physique et sensorielle de l'individu. Si les symptômes, qui représentent une réponse physiologique à un événement anormale, subsistent pour plus d'un mois le diagnostic d'état de stress post-traumatique peut être posé. Le **trauma complexe** concerne des individus exposés à des événements traumatiques répétés dans le temps, qui ont souvent lieu dans la sphère interpersonnelle ou familiale et qui sont d'autant plus destructurants s'ils se sont présentés précocement dans la vie de l'individu : abus, incestes, violences ou maltraitance psychique et/ou physique en sont des exemples.

Pour certains auteurs la caractéristique de la répétition est essentielle pour définir le trauma complexe, pour d'autres comme Van der Kolk c'est la précocité de l'évènement et son impact sur les liens d'attachement qui sont à la base d'un possible développement d'un trauma complexe³. Le trauma complexe peut avoir des impacts sur le rapport à soi, aux autres, au corps et participer à la définition des personnalités borderline, avec des répercussions sur la gestion des émotions et des cognitions. Il peut aussi se manifester à travers une altération de la conscience, comme dans les troubles dissociatifs, ou à travers la somatisation.

Malgré que ces définitions décrivent de manière plus détaillée ces deux entités nosologiques, le DSM ne considère pas le trauma complexe parmi les choix diagnostiques possibles et seulement en 2019 la CIM-11 (Classification Internationale des maladies) a proposé le diagnostic de Syndrome de stress post-traumatique complexe (SSPT Complexe) séparé du diagnostic de Etat de stress post-traumatique (ESPT).

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

Les principales lignes guide du traitement pharmacologique des états post-traumatiques préconisent l'utilisation en première ligne de SSRI notamment de paroxetine, fluoxetine ou sertraline ainsi que les SNRI tels que la venlafaxine⁴⁻⁸ pour traiter les symptômes dépressifs et l'anxiété généralisée souvent envahissante.

En 2013 l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁹ définit l'utilisation de ces molécules comme traitement seulement de seconde ligne par rapport au traitement psychologique. Les antidépresseurs tricycliques (TCA) sont aussi recommandés comme traitement si l'utilisation de SSRI et la psychothérapie n'ont pas eu d'effets thérapeutiques⁹. Les TCA sont considérés avoir une efficacité inférieure au SSRI dans plusieurs lignes guide au vu aussi de leurs effets secondaires multiples.

Toutes les principales lignes guide proposent la psychothérapie Cognitivo-Comportementale comme traitement de première ligne pour les états psychotraumatiques. Cette catégorie d'orientation psychothérapeutique inclut plusieurs thérapies focalisées sur le trauma telles que la thérapie d'exposition (*exposure therapy*), l'EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*), la restructuration cognitive (*cognitive restructuring*). L'EMDR est une technique dans laquelle le patient, sous la conduite d'un thérapeute, exécute des mouvements oculaires horizontaux pendant qu'il se remémore les scènes traumatiques. Concernant la TCC elle est souvent proposée comme thérapie brève et a comme objectif l'apaisement des symptômes tels que l'anxiété et les conduites d'évitement. Il n'y a pas de consensus scientifique concernant la majeure efficacité de l'EMDR par rapport à une psychothérapie TCC classique pour l'amélioration des symptômes post-traumatiques. Dans la pratique clinique des psychothérapies à orientation psychodynamique sont aussi proposées surtout dans les cas de trauma complexe et visent

à travailler la signification psychologique des évènements traumatiques¹⁰. D'autres approches encore tels que la thérapie narrative et l'utilisation de la réalité virtuelle sont utilisées chez des victimes de trauma simple et complexe.

Il est important de considérer que les patients souffrants d'un trouble de stress post-traumatique présentent souvent une tendance accrue aux addictions de type médicamenteux ou encore vis-à-vis de substances comme l'alcool ou autres drogues dans le but de réduire voire éteindre la participation émotionnelle par rapport à l'évènement vécu. Dès lors, la prescription de benzodiazépines devra se faire avec une prudence toute particulière et sera de la plus courte durée possible. Le cœur du travail sera l'approche psychothérapeutique à même de permettre au patient à se reconnecter à son vécu et à intégrer l'évènement traumatique dans son histoire de vie. De manière générale, le travail thérapeutique avec les patients en état post-traumatique s'articulera en majorité sur la reconnaissance et l'acceptation du rôle de victime et de la légitimité dans la demande de soin qui en découle.

Contrairement à la prise en charge de l'ESPT pour ce qui concerne le SSPT complexe il ne s'agit pas de travailler seulement l'intégration de l'évènement traumatique dans la ligne de vie, mais également sur ce qu'il s'est passé avant ayant contribué à l'émergence du trauma complexe.

Comme pour le trauma simple le traitement médicamenteux du trauma complexe aura comme objectif la réduction des symptômes pour apaiser l'anxiété et favoriser le traitement psychothérapeutique. Des traitements ponctuels avec d'autres molécules comme la quetiapine, la risperidone, l'aripiprazole et la trazodone peuvent être envisagés pour réduire les troubles du sommeil ou la symptomatologie psychotique qui peut se manifester dans les cas les plus graves¹¹.

Prise en charge de groupe

Les psychothérapies de groupe focalisées sur la prise en charge des troubles post-traumatiques sont moins étudiées en littérature par rapport aux traitements individuels. Des groupes basés sur des approches cognitivo-comportementales ou des groupes de paroles sont néanmoins des options thérapeutiques qui peuvent intégrer la prise en charge individuelle sans pour autant la remplacer.

La Clinique du Trauma propose un suivi de groupe en hospitalisation de jour proposé au CHU Brugmann par une équipe multidisciplinaire. Cette prise en charge accompagne le suivi psychothérapeutique individuel et intègre le travail de reconstruction identitaire pour les personnes victimes de traumatismes psychiques. Sur une durée de quatre mois nous proposons neuf journées complètes de thérapie de groupe organisées en quatre modules avec un approche qui intègre plusieurs orientations thérapeutiques : thérapies du trauma, approche cognitivo-comportementale, approche psychodynamique, approche systémique,

art-thérapie et travail avec le corps. La création des groupes est basée sur l'origine simple ou complexe du traumatisme et les patients sont invités à travers plusieurs outils proposés à travailler vers une intégration de l'expérience traumatique dans leur histoire de vie. Le repérage des schémas cognitifs dysfonctionnels et la psychoéducation autour de l'expression clinique de leur souffrance vise à normaliser le vécu traumatique en l'inscrivant dans une réaction de l'individu face à la blessure traumatique. La construction de la ligne de vie et le travail avec le génogramme réel et imaginaire développent le concept de transmission transgénérationnelle du trauma, c'est le cas par exemple pour des situations d'inceste et de répétition de certaines modalités d'être en relation : ce travail est particulièrement utile chez les patients avec trauma complexe ayant comme objectif celui de faciliter la transformation de relations dysfonctionnelles en relations saines.

PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE TRAUMA SIMPLE : ÉVITEMENT ET RUMINATIONS

Monsieur A. se présente à ma consultation de psychiatrie sous conseil de ses collègues de travail et de son entourage en raison d'une dégradation progressive de son état psychique au cours de ces derniers mois. Le patient est un homme de 45 ans, marié et père de 5 enfants. Il travaille comme professeur dans une haute école.

Malgré son ambivalence exprimée par rapport à la décision de consulter un psychiatre, la raison principale qui l'a convaincu à prendre un rendez-vous est un état d'anxiété persistant depuis quelques mois avec des troubles du sommeil invalidants (endormissement difficile et sommeil fragmenté avec cauchemars et mouvements corporels nocturnes brusques) accompagnés de migraines et d'acouphènes. Un état de fatigue généralisée s'est installé ainsi qu'une réduction des activités qui lui donnaient du plaisir dans le passé ; le temps avec sa famille et avec ses amis est devenu difficile à gérer en raison d'un sentiment de décalage par rapport aux autres. Malgré sa gêne, il fait preuve d'une attitude coopérative ; l'expression de son visage est tendue : il me confie ne pas se sentir à l'aise de consulter un psychiatre et de garder une certaine appréhension par rapport à notre rencontre. Il est malgré tout dans le contact avec une demande, non formulée mais exprimée, de réassurance. Il s'exprime de manière cohérente et structurée et répond à mes questions sans méfiance. Concernant son humeur, un état anxieux est prédominant ainsi que des affects dépressifs principalement caractérisés par un découragement et une démoralisation. Il présente également des troubles de la mémoire à court terme et des difficultés de concentration qui se manifestent surtout dans la gestion de son travail.

Lors de notre premier entretien, j'apprends qu'il se trouvait à l'aéroport de Zaventem le 22 mars 2016, jour des attentats de Bruxelles. Avec ses collègues, il accompagnait ses élèves en voyage de fin d'études à l'étranger, comme chaque année. Il est témoin direct de

deux explosions qui le laissent indemne mais blessent plusieurs personnes autour de lui. Il m'explique avoir alors agi de manière automatique : la feuille des présences en main, avec comme seul objectif de regrouper tous ses élèves, très lucide et efficace dans la gestion de l'urgence.

Malgré l'absence de blessure visible il développe des acouphènes rapidement après l'événement ; sensiblement réduits par rapport au moment initial de leur apparition, leur présence constitue néanmoins un élément d'épuisement physique et psychologique malgré les multiples prises en charge ORL et neurologiques. Concernant le vécu traumatique, le patient a bénéficié de quelques séances de psychothérapie de soutien mais rapporte n'en avoir ressenti aucun bénéfice. Son récit est caractérisé par un vécu de colère, liée d'une part à l'incapacité à donner un sens à l'événement et d'autre part envers lui-même, estimant avoir insuffisamment agi pour aider les autres. Le patient me raconte qu'il se sent beaucoup plus anxieux depuis que le directeur de l'école lui a proposé à nouveau d'accompagner dans le voyage de fin d'études les élèves au mois de mars : non seulement le voyage se déroule durant la même période que les attentats un an après mais le patient n'a plus jamais pris l'avion depuis ce jour, se sentant incapable de se rendre à l'aéroport mais aussi très en colère de ne pas y arriver. D'ailleurs, il m'explique que depuis les attentats, non seulement l'aéroport, mais tout lieu fort peuplé est évité ; de plus, chaque endroit fréquenté doit pouvoir être analysé et contrôlé de manière à savoir quelles sont les possibilités de s'en échapper.

L'hypervigilance vis-à-vis de l'environnement et l'évitement de toute situation à risque de remettre le patient en contact avec le vécu traumatique sont typiques de la clinique du trauma simple. Des réviviscences du souvenir traumatique peuvent être déclenchées non seulement par la remise en situation dans le contexte où le trauma a eu lieu mais également par tout élément sensoriel (olfactif, visuel, auditif, etc.) assimilé à l'événement qui replongent alors le sujet dans son passé traumatique. Chez notre patient, cet état d'hypervigilance était accompagné par plusieurs symptômes de répétition, tels que des souvenirs intrusifs, des ruminations mentales et des cauchemars. Tous ces symptômes représentent une fixation temporelle et psychique à l'événement traumatique et son impact violent. Le sujet se retrouve ainsi figé dans un perpétuel présent traumatique susceptible de se rejouer à chaque instant, sans pouvoir laisser place au passé ni au futur. Ainsi, la symptomatologie de répétition est la conséquence d'une part de l'incapacité du sujet à élaborer psychiquement la situation vécue et d'autre part une tentative de maîtrise de l'événement « indigérable ».

Une prise en charge médicamenteuse peut apporter un soutien symptomatique, notamment en ce qui concerne le sommeil ou l'anxiété, possible porte d'entrée à une prise en charge plus spécifique. En première ligne et en consultation spécialisée, la possibilité initiale de soulager les symptômes facilite une relation

de confiance et un travail psychothérapeutique nécessaire.

Dans le cas exposé, un traitement avec de la trazodone est proposée au patient dans un but hypnotique, aucun autre médicament n'a pu être instauré en raison d'un refus exprimé par le patient de tout traitement antidépresseur. Le suivi s'organise donc initialement sur une consultation par mois dans un but psychothérapeutique où le contenu des entretiens sera principalement orienté sur l'acquisition d'un sentiment de légitimité dans sa démarche de demande de soutien en tant que victime auprès des institutions. Souvent le retard de la prise en charge est lié à cette difficulté à se définir comme victime de situation et donc une difficulté à pouvoir concevoir un manque de contrôle sur les événements de la vie.

La possibilité de participer à la prise en charge de groupe en hôpital de jour à la Clinique du Trauma est également proposée, ce que le patient accepte.

Nous pourrions ainsi constater au fur et à mesure des séances une diminution de l'anxiété et des troubles de la mémoire et le patient se montrera également capable de reprendre l'avion dès l'année suivante. L'ensemble du suivi durera 3 ans, période pendant laquelle le vécu traumatique aura pu être digéré et intégré dans le récit de vie avec l'appropriation d'un sentiment de légitimité.

Ce récit est un exemple typique de trauma dit « simple », à savoir un trauma avec une origine unique et souvent bien identifiable par le patient et le thérapeute. Malgré la possibilité de reconnaître la cause déclenchante il n'est pas rare que le patient prenne un certain temps avant de venir consulter un spécialiste. Les raisons principales de ce retard sont principalement le sentiment d'illégitimité et d'imposture ainsi que la présence de symptômes physiques et psychosomatiques qui poussent le patient à une demande de prise en charge médicale de prime abord, laquelle peut retarder une prise en charge psychologique. En effet, il n'est pas rare que la multiplication d'exams et d'actes médicaux ainsi que l'échec des thérapies proposées entraînent non seulement un retard mais tendent à ancrer la symptomatologie somatique comme seule expression possible du trauma.

Parmi les tableaux cliniques variés, les symptômes fréquents que nous pouvons retenir sont les troubles anxieux, la dépression, les ruminations mentales, les pensées intrusives, les troubles du sommeil avec cauchemars, les flash-backs, un sentiment de culpabilité, des phobies, un détachement émotionnel ou encore des douleurs généralisées¹².

Chez ces patients, un état de dissociation est souvent retrouvé dans le récit du vécu, qui a comme fonction de permettre aux sujets de survivre émotionnellement au moment traumatique qui fait effraction dans l'existence de la victime. Cette dissociation péri-traumatique est un état de conscience modifiée probablement destiné à soustraire la victime à l'horreur de la situation vécue, en le mettant dans un état second, auto-hypnoïde¹³. La survenue de cet état de dissociation pendant le

traumatisme et sa persistance après l'évènement est positivement corrélée à l'apparition de troubles psychotraumatiques durables¹⁴.

Un autre mécanisme de défense souvent présent en cas de traumatisme sont les conduites d'évitement¹⁵ de tout lieu ou situation potentiellement évocateurs, comme décrit pour notre patient. Bien entendu, ces mécanismes se retrouvent, à un certain moment, insuffisants ou eux-mêmes générateurs d'anxiété et d'handicap au quotidien, moment où le patient se décidera le plus souvent à venir consulter.

En tant que soignant, a fortiori médecin de première ligne, il est donc fondamental face à ces symptômes de pouvoir envisager le diagnostic différentiel d'un possible événement traumatique, parfois difficile à exprimer pour le patient en raison d'un sentiment de honte ou de culpabilité.

PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE TRAUMA COMPLEXE : DÉPERSONNALISATION ET CONDUITES AUTO-AGRESSIVES

Madame F. est une femme de 28 ans, professeure de français en secondaire, célibataire, qui se présente à ma consultation envoyée par sa psychologue. Cette dernière s'inquiète de l'augmentation de conduites autodestructrices chez sa patiente, notamment une tentative de suicide survenue quelques mois auparavant ayant nécessité une hospitalisation en urgence. La patiente souffre également de boulimie depuis plusieurs années : le rejet de son corps ainsi qu'une forte dépendance au jugement extérieur contribuent à développer chez elle une très faible estime de soi avec un sentiment chronique d'insuffisance. Lors de notre premier entretien, la patiente m'explique apaiser son anxiété permanente par des automutilations de parties non visibles de son corps : ces conduites auto-agressives l'aident à évacuer la colère et les émotions qui débordent en alimentant toutefois ce cercle vicieux d'autodévalorisation. Enfin, elle me décrit une relation aux hommes très complexe et ambivalente, avec une tendance à la dépendance affective mais également une profonde peur de l'intimité et une sexualité très inhibée. Elle formule une demande de soutien dans un processus de reconstruction identitaire déjà en cours avec la psychologue et nous évoquons la possibilité d'un traitement médicamenteux pour apaiser les comportements compulsifs et l'anxiété.

C'est après quelques entretiens et l'instauration d'un lien de confiance que la patiente arrive à me raconter qu'elle a été abusée par son frère pendant plusieurs années de sa petite enfance. Quelques mois avant notre consultation, la patiente a confronté sa mère et ses sœurs, lesquelles ont minimisé son récit et nié son histoire, précédant la tentative de suicide.

La confrontation avec cette absence de reconnaissance de la part de sa famille et le déni face à sa souffrance perçue comme illégitime et vide de sens ont aggravé les conduites boulimiques et d'automutilations : là où la colère ne peut pas être orientée vers le destinataire externe elle est canalisée envers soi-même. La victime

se sent coupable d'être une victime et s'attribue les responsabilités qui auraient causé la violence subie. Les conduites de violence auto-adressées, les troubles du comportement alimentaire, les douleurs généralisées sans cause identifiée, les difficultés à créer des liens affectifs stables, une estime de soi faible et précaire ainsi qu'un sentiment d'insuffisance et de culpabilité chronique sont des éléments souvent présents chez ces victimes de violences et chez les personnes souffrant de trauma complexe¹⁶. Enfin, dans les relations amoureuses se rejoue souvent le vécu traumatique de l'enfance avec pour conséquence un choix répété de partenaires toxiques et manipulateurs entraînant une revictimisation typique de ces patients¹⁷. Les traumatismes vécus pendant l'enfance et répétés dans le temps, souvent dans le cadre interpersonnel/familial, peuvent créer les bases chez certains sujets au développement de ce que nous appelons un trauma complexe. Des événements tels que les violences sexuelles, l'inceste, les violences domestiques, le trafic humain, la prostitution sont d'autant plus déstructurant pour la victime qu'ils surviennent précocement avec un caractère de répétition et de chronicité¹⁸. Il s'agit d'évènements moins ponctuels et donc plus difficilement identifiables par la victime par rapport aux traumatismes qui peuvent causer un ESPT. Dès lors, les traumatismes complexes ont une répercussion sur la construction de la personnalité de l'individu en raison de la période de vie dans laquelle ils surviennent, de la puissance désorganisatrice du traumatisme et de l'incapacité à y donner un sens.

Le trauma complexe est un diagnostic souvent difficile à poser ; en effet, la personne est majoritairement sujette à des troubles tels qu'anxiété, dépression mais également addictions, troubles psychosomatiques,

troubles du comportement alimentaire ou encore automutilations. La plupart de ces patients consulteront souvent à de nombreuses reprises avec des plaintes dont la prise en charge est fastidieuse et peu efficace avec un enchaînement d'échecs thérapeutiques. La résistance que peut représenter une consultation en psychiatrie implique que le médecin-généraliste puisse se sentir seul dans ce genre de situations ; dès lors, il semble fondamental de pouvoir ouvrir le diagnostic à la possibilité d'un trauma complexe. L'anamnèse plus approfondie et la création d'un lien de confiance permettent parfois une ouverture dans le passé traumatique, une fois ces barrières passées il est plus facile de proposer au patient une orientation vers le spécialiste.

La dissociation péri-traumatique est un des symptômes les plus souvent retrouvés chez les victimes de trauma complexe, cette rupture de l'unité psychique mieux définie comme désunion des fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire et l'identité, a une fonction de protection vis-à-vis du débordement émotionnel lié à l'effraction identitaire de l'évènement traumatique, souvent sous forme d'abus psychologiques, psychiques ou sexuels. La participation de notre patiente à la Clinique du Trauma aura comme objectif de travailler l'acquisition de nouvelles compétences relationnelles et la possibilité de se détacher d'une histoire de vie marquée par la répétition de liens toxiques.

Au vu de la faible spécificité de la symptomatologie, il est fréquent que ce type de patients reçoivent des diagnostics variés comme dépression, psychose, trouble de la personnalité borderline ou trouble du comportement chez les enfants en place du diagnostic de syndrome post-traumatique.

CONCLUSION

Les deux cas cliniques représentent des exemples de manifestations symptomatologiques et de prise en charge de trauma simple et complexe ; dans les deux cas une prise en charge par des spécialistes du psychotrauma est nécessaire. Le médecin généraliste, en tant que personne de confiance, est souvent le premier destinataire du récit traumatique. Le travail en coordination avec un spécialiste se révèle souhaitable pour cette catégorie de patients dans le but de réduire la chronicisation des symptômes, stimuler une réinsertion sociale et intégrer le trauma dans la trame de vie.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148(1):10-20
2. Herman JL. *Trauma and Recovery*. New York:Basic Books;1992
3. Van der Kolk B. *Le corps n'oublie rien*. Pocket;2018.
4. Katzman A, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M *et al*. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1.
5. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD). A summary of selected new evidence relevant to NICE clinical guideline : The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Evidence Update. 2013;49.
6. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B *et al*. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161 (Suppl. S11):3-31.
7. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ; WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety *et al*. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(4):248-312.
8. Martin A, Naunton M, Kosari S, Peterson G, Thomas J, Christenson JK. Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2021;10(18):4175.
9. World Health Organisation. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2013.
10. Schnyder U. Psychothérapies pour les PTSD – une vue d'ensemble. *Psychothérapies*. 2005 ;2(1):39-52.
11. Pivac N, Kozaric-Kovacic D. Pharmacotherapy of treatment-resistant combat-related posttraumatic stress disorder with psychotic features. *Croat Med J*. 2006;47(3):440-51.
12. Sareen J, Cox BJ, Stein MB, Afifi TO, Fleet C, Asmundson GJ. Physical and mental comorbidity disability and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosom Med*. 2007;69(3):242-8.
13. Kedia M, Vanderlinden J, Lopez G, Saillot I, Brown D. Dissociation et mémoire traumatique. Dunot;2012.
14. Nijenhuis ER, van der Hart O. Dissociation in trauma: a new definition and comparison with previous formulations. *J Trauma Dissociation*. 2011;12(4):41-5.
15. van Minnen A, Hagenars MA. Avoidance behaviour of patients with posttraumatic stress disorder. Initial development of a questionnaire, psychometric properties and treatment sensitivity. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(3):191-8.
16. Courtois CA. Complex trauma, complex reactions : assessment and treatment. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*. 2008; 5(1):86-100.
17. Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Mooney S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2001;358(9280):450-4.
18. Tarquinio C, Houllé WA, Tarquinio P. Discussion autour du traumatisme complexe : émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*. 2017;26(2):79-86.

Travail reçu le 18 mai 2022 ; accepté dans sa version définitive le 12 août 2022.

CORRESPONDANCE :

S. AMMENDOLA
CHU Brugmann
Service de Psychiatrie
Place Arthur Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles
E-mail : Sarah.ammendola@chu-brugmann.be