LE TRAUMATISME PSYCHIQUE DURANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE: MULTIPLICITE DES APPROCHES ET DES INTERVENTIONS

*Noureddine KHALED**

RESUME

Cet article tente une rétrospective assez succinte sur les travaux anglo-saxons de ces deux dernières décennies relatifs aux traumatismes de l'enfant et de l'adolescent. Chronologiquement, trois phases se sont dégagées: la première concerne les questionnements préliminaires et les études préliminaires; la deuxième regroupe les réflexions sur l'affinement des concepts, l'organisation des symptômes post-traumatiques et l'élaboration d'outils d'investigation; la troisième s'interroge sur le sydrôme du PTSD, sur le rôle et la fonction psychiques de chacun de ses composants.

Plus récemment des perspectives récentes se dessinent qui intègrent les notions de complexité des traumatismes et des événéments traumatiques ainsi que celles de polytraumatismes et de variété des réactions individuelles. De même qu'elles incluent, de plus en plus, dans leurs reflexions les dimentions familiales et développementales comme dimensions essentielles dans la compréhension et le traitement des traumatismes durant l'enfance et l'adolescence.

Des applications multiples des résultats de ces nombreux travaux ont vu le jour particulièrement dans les situations de catastrophes naturelles ou de guerres à travers des programmes d'intervention qui mettent en jeu des modalités de suivis thérapeutiques multidimentionnels et intégrés: approches psychoéducationnelles, assistance éducative; formation des enseignants au savoir faire psychosocial, thérapies pharmacologiques, thérapies psychodynamiques, thérapies cognitives et comportementales.

MOTS CLES: Traumatismes psychiques, enfant et adolescent, interventions psychosociales.

* SARP

Université d'Alger

Psychologie 99/2000 n°8 (Numéro spécial)

INTRODUCTION

L'objet de cet article est de tenter de faire le point sur la littérature concernant le traumatisme de l'enfant durant les deux dernières décennies: les années 1980 et le début des années 1990.

Les études sur le traumatisme durant l'enfance se sont considérablement développées cette dernière décade. Elles ont aidé à découvrir le lien entre le traumatisme durant l'enfance et le traumatisme à l'âge adulte et à nous expliquer comment un traumatisme dans l'enfance peut compromettre le fonctionnement psychologique à l'âge adulte.

Le développement de ces études est passé par différentes étapes que nous allons présenter selon l'ordre chronologique.

I- PREMIERE ETAPE: CHERCHER A COMPRENDRE

Cette première étape se caractérise par une observation systématique des enfants victimes de traumatismes afin de chercher à la fois à comprendre l'impact du trauma sur la santé mentale et de tenter une classification de ses caractéristiques principales.

Les recherches se distingaient par leurs efforts à développer des approches psychologiques et cliniques en interviewant les enfants qui ont été exposés à des situations traumatiques. On s'intéressa ainsi aux enfants qui ont assisté à des scènes de violence extrêmes telles que le suicide d'un des parents, l'homicide d'un parent, l'enlèvement ou le viol.

Les résultats de ces recherches mettent en évidence principalement trois caractéristiques chez les enfants traumatisés :

1- Le niveau très élevé de l'activité mentale durant et après l'exposition au traumatisme; ce qui se traduit par des

symptômes d'hyperactivité, d'irritabilité, des cauchemars et terreurs nocturnes.

2- la complexité et la diversité des expériences traumatiques. Les vécus personnels sont tellement complexes et variés qu'il est très difficille de les classer ou d'en sortir une quelconque typologie.

3- La gravité de la détresse post-traumatique. On retrouve souvent le fameux syndrôme du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

II- DEUXIEME ETAPE: L'ELABORATION METHODOLOGIQUE

Après la première étape d'observation, d'investigation, la deuxième étape va se caractériser par la conceptualisation des données et par l'élaboration d'outils d'investigation systématique.

Les chercheurs commencent à organiser les symtômes présentés par la victime en complexe de détresse chez l'enfant sous une rubrique du PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) et d'essayer de décrire plus précisément comment les symptômes se manifestent durant l'enfance et l'adolescence.

Ces efforts ont nécessité la construction d'instruments d'évaluation qui se voulaient pertinents et valides tels que les questionnaires et les inventaires d'auto-affirmation (self report instrument). Ces instruments d'auto-affirmation et ces interviews structurés ont été systématiquement utilisés dans les communautés et les populations victimes de traumatismes.

Par ailleurs, on a pu faire avancer la méthodologie d'approche des études sur le traumatisme de l'enfant en introduisant le modèle de la dose d'exposition au traumatisme (dose exposure) et à partir de ce modèle dégager

des facteurs modérateurs ou prédictifs de la sévérité des troubles post-traumatiques chez l'enfant et l'adolescent.

En outre, ces études ont permis de mettre en évidence plusieurs résultats probants :

1- Les enfants victimes peuvent présenter toute la panoplie des symptômes liés au stress post-traumatique.

2- Le degré d'exposition aux événements traumatiques est fortement associé à la gravité des troubles liés au stress post-traumatique; c'est-à-dire que plus l'événement traumatique se répète ou dure dans le temps plus les troubles de l'enfant qui l'a subit seront graves.

3- Les symptômes comme la souffrance psychique, l'anxiété ou la dépression sont à la fois indépendants et reliés entre eux. L'enfant victime peut présenter un seul de ces trois symptômes comme il peut en présenter deux ou trois de manière concomitante.

4- Il existe des corrélations positives entre la détresse des parents et celle des enfants en réponse aux expériences traumatiques vécues en commun. Plus les parents sont affectés par le trauma et plus leurs enfants le sont également.

Depuis quelques années seulement, des résultats plus spécifiques commencent à émerger dans les recherches; ils complètent avec plus de précisions et de détails les observations ci-dessus. A ce propos, la recherche de Pynoos & all (Pynoos & all, 1993) a montré chez l'enfant traumatisé que l'exagération de l'idée de la mort agit comme facteur de risque d'augmentation de la sévérité et de la chronicité du PTSD; comme elle a mis en évidence, chez lui, l'association fréquente entre les troubles du sommeil et les troubles de l'apprentissage.

III- TROISIEME ETAPE: LES CHAMPS D'ETUDES ET LES INTERVENTIONS

Après l'étape d'exploration et celle de l'élaboration des outils d'investigation, cette troisième étape chronologique dans l'évolution des idées sur le traumatisme de l'enfant, fait apparaître un regroupement des intérêts de recherche et d'intervention en plusieurs courants. Nous en exposerons essentiellement trois; ceux qui nous ont apparu les plus pertinents.

1/ Le courant étiologique

Ce premier courant se penche sur l'approfondissement de l'examen des facteurs étiologiques suggérés par les premières études de cohortes d'enfants traumatisés.

A titre d'exemple, nous pouvons citer les études qui ont essayé de clarifier les expériences traumatiques subjectives et de les associer avec les risques de PTSD et autres réactions traumatiques (Yule,1993; Freedy, Kilpatrick & Resnick,1993; Berkovitz, Wang, Pynoos, James & Wong,1994).

D'autres études ont tenté d'examiner de manière plus approfondie le rôle des symptômes et réactions familiales; par exemple la relation entre le trauma maternel d'évitement tel qu'il a été relaté et l'augmentation de la détresse post-traumatique chez l'enfant (Bat-Zion & Levy-Shiff,1993; Stuber &all.,1991).

2/ Le courant PTSD

Ce deuxième courant est un champ d'exploration clinique particulièrement centré sur le PTSD. Il inclut différents questionnements des chercheurs à propos du symdrome de détresse post-traumatique dans son ensemble ou de l'un de ses éléments. On a essayé de relever les questions les plus courantes, objet de recherche :

a) Quel est le rôle des souvenirs traumatiques ou leur fonction psychique a l'issue de l'expérience traumatique?

b) Quelles sont les conditions qui caractérisent la morbidité d'un symptôme? c'est-à-dire quelles sont les conditions d'apparition d'un symptôme qui permettent de l'identifier à une réaction pathologique?

c) Existent-ils des conséquences spécifiques du vécu traumatique sur le développement de l'enfant? Quelles sont-elles?

d) Quel est l'impact des événements traumatiques sur le développement de la personnalité et en particulier sur le développement moral de l'enfant?

e) Quelles sont les conséquences sur l'enfant des expériences traumatiques répétitives?

f) Existe t-il des relations ou des interactions entre des expériences traumatiques chez l'enfant et un passé parental psychopathologique de négligence ou de maltraitance?

g) Quel rôle jouent les facteurs intrinsèques à l'enfant tels le tempérament , l'intelligence ou un coping antérieur de succès sur ses modalités de réaction au trauma?

h) Quel est le lien du syndrôme PTSD avec des désordres antérieurs de la personnalité de l'enfant ou avec des prédispositions familiales.

3/ Le courant neurobiologique

Le troisième courant comprend les investigations préliminaires des altérations neurobiologiques associées aux symptômes de stress post-traumatique dans l'enfance et l'adolescence.

A titre d'exemple, les études qui s'inscrivent dans ce courant ont tenté d'étudier les altérations et les modulations du fonctionnement neurophysiologique. Ainsi, nous pouvons citer l'étude du reflexe de sursaut (Ornitz et Pynoos, 1989) et celle sur les niveaux de sensibilité aux hormones de stress (de Bellis et al., 1994).

IV- APPLICATIONS SUR LE TERRAIN

Cette connaissance accumulée de par le monde a permis de tracer la voie à des programmes effectifs et rigoureux en matière de santé mentale publique en direction des enfants exposés à la violence , aux désastres et aux deuils traumatiques.

Nous pouvons citer une première utilisation de ces approches dans le programme psychosocial de l'UNICEF (Stuveland,1993; Kuterovac & all.,1994) institué dans toute l'ancienne Yougoslavie pendant la guerre et en Arménie après le séisme de 1988 (Goenjian, 1993). Ces programmes incluent des interventions individuelles, de groupe, sur la famille, la classe et la communauté. Ils mettent en jeu des modalités de suivis thérapeutiques selectives et intégrées:

- Approches psychoéducationnelles;
- Formation des intervenants au savoir faire psychosocial;
- Thérapies psychodynamiques;
- Thérapies cognitives et comportementales;
- Thérapies pharmacologiques;
- Assistance éducative;
- Interventions pour remédier aux troubles du développement de l'enfant.

En même temps, beaucoup d'efforts ont été consentis pour installer et lancer des interventions préventives à même de limiter le taux d'exposition aux événements traumatiques ou les risques de morbidité psychiatrique aigue après l'exposition au trauma. On tenta également de diminuer les conséquences du traumatisme sur le développement normal de l'enfant et sur ses performances scolaires. La prévention s'appliqua aussi au fonctionnement familial pour tenter de réduire les troubles précoces du comportement de l'enfant et de sa conduite.

Aux USA, les programmes les plus connus sont: "The Yale Child Study Center's Program on Child Development and Community Policing" (Maran &Cohen,1993) et "The Charles Drew University Center for the Study of Violence and Social Change".

V- PERSPECTIVES RECENTES: POLYTRAUMATISMES ET VARIETE DES REACTIONS TRAUMATIQUES

Les études les plus récentes intègrent les informations sur les formes variées du traumatisme de l'enfance. Cette perspective est suggérée par plusieurs résultats de recherche, nous en citerons trois :

1- Les enfants exposés aux différents types de situations traumatiques peuvent manifester des réactions de PTSD similaires.

2- A l'intérieur du même environnement, les enfants peuvent présenter des risques d'exposition à un ensemble de situations traumatiques associées ou indépendantes.

3- Les enfants peuvent avoir des expositions multiples à des traumatismes de différents types.

Ces résultats dans la charpente conceptuelle sont en train de supplanter les premières conceptions exposées plus haut qui se refèrent à l'acuité de la situation traumatique (dose d'exposition à l'événement), à la cumulation des tensions (Khan,1963) et à la chronicité des circonstances traumatiques incluant les références aux traumas type I et type II, classement effectué selon la durée de l'événement (Terr,1991).

Il y a aussi la prise de conscience croissante des interactions complexes entre le trauma extra-familial et intra-familial (Bell & Jenkins, 1993; Richters & Martinez, 1993). Par exemple, les études récentes sur les désastres ont montré une augmentation de la violence domestique,

de l'enfance maltraitée et de la délinquance durant la période post-désastre (Goenjian, 1993).

Par ailleurs, l'augmentation de la disponibilité des armes à feu est en partie associée à la fréquence des suicides par arme à feu et des blessures accidentelles dans les maisons.

Dans le passé des enfants traumatisés, on a trouvé souvent des membres de la famille qui ont eu des tentatives de suicide par overdose de drogue. Dans des consultations dans des régions en guerre, on a également souvent détecté parmi les soldats rentrant chez eux des traumatismes et des dépressions et qui ont utilisé des armes militaires pour commettre un suicide devant leurs enfants témoins.

Les études sur la violence intra-familiale reconnaissent qu'il y a souvent tout un ensemble de situations traumatiques auxquelles l'enfant est exposé. Par exemple, on commence à apprécier comment dans des situations de maltraitance associées à un suicide parental ou un comportement d'homicide il peut y avoir des conséquences sur la forme et le contenu des troubles du développement.

Les connaissances sur le stress traumatique de l'enfant ont été intégrées aux différents événements familiaux relatés par les parents. Les études sur l'enfance des parents qui présentent une pathologie identifiée (ex. troubles de l'humeur, troubles de la personnalité) ont révélé des expériences traumatiques durant l'enfance (ex. un parent bléssé après une tentative de suicide).

Enfin, la perspective développementale contribue à une caractérisation plus grande du stress traumatique en incluant les considérations liées au changement du contexte développemental. Par exemple, la nature et les circonstances d'une maltraitance physique ou d'un abus sexuel répétitifs changent nécessairement à la fois l'enfant et les circonstances de son développement.

CONCLUSION

Cet article a tenté une rétrospective assez succinte sur les travaux anglo-saxons de ces deux dernières décennies relatifs aux traumatismes de l'enfant et de l'adolescent. Chronologiquement, trois phases se sont dégagées de cette rétrospective qui demeure très globale: la première concerne les questionnements préliminaires et les études préliminaires; la deuxième regroupe les réflexions sur l'affinement des concepts, l'organisation des symptômes post-traumatiques et l'élaboration d'outils d'investigation; la troisième s'interroge sur le sydrôme du PTSD, sur le rôle et la fonction psychiques de chacun de ses composants.

Enfin, les perspectives récentes intègrent les notions de complexité des traumamatismes et des événements traumatiques ainsi que celles de polytraumatismes et de variété des réactions individuelles. De même qu' elles incluent, de plus en plus, dans leurs reflexions les dimentions familiales et développementales comme dimensions essentielles dans la compréhension et le traitement des traumatismes durant l'enfance et l'adolescence.

Des applications multiples des résultats de ces nombreux travaux ont vu le jour particulièrement dans les situations de catastrophes naturelles ou de guerres à travers des programmes d'intervention qui mettent en jeu des modalités de suivis thérapeutiques multidimentionnels et intégrés: approches psychoéducationnelles, assistance éducative; formation des enseignants au savoir faire psychosocial, thérapies pharmacologiques, thérapies psychodynamiques, thérapies cognitives et comportementales.

Il va s'en dire que cette rétrospective reste très limitative. Elle ne tient pas compte des travaux relatifs à l'approche psychodynamique et notamment les travaux psychanalytiques qui se sont intéréssés à la problématique du traumatisme psychique depuis bien plus longtemps.

Bibiliograhie

BAT-ZION N., & LEVY-SHIFF R.,(1993). Children in war: Stress and coping reactions under the threat of the Scud attacks and the effect of proximity. In L. Leavitt & N. Fox (Eds.), *The psychological effects of war and violence in children* (pp.143-161). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

BELL C.C.,& JENKINS E.J. (1993). Community violence and children on Chicago's south side. *Psychiatry, 56*, 46-54.

DE BELLIS et al., (1994). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 78, 249-255.

BERKOVITZ I.H., WANG A., PYNOOS R., JAMES Q. & Wong M. (1994). *Los Angeles earthquake,1994: School district reduction of trauma effects.* Symposium presented at the annual meeting of the American Academyof Child and Adolescent Psychiatry, New York.

FREEDY J.R., KILPATRICK D.G., & RESNICK H.S. (1993). Natural disaster and mental health: Theory, assessment and intervention. *Journal of Social Behaviorand Personality,8*(5), 49-103.

GOENJIAN A. (1993). A mental health relief program in Armenia the 1988 earthquake: Implementation and clinical observations. *British Journal of Psychiatry, 163*, 230-239.

KHAN M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child,18*, 286-306.

KUTEROVAC G., DYREGROV A., & STUVLAND R. (1994). Children in war: A silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology, 67*, 363-375.

MARAN S. & COHEN D.J. (1993). Children and inner-city violence: strategies for intervention. In L. Leavitt & N. Fox (Eds.), *The psychological effects of war and violence in children* (pp.281-301). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ORNITZ & PYNOOS, (1989). Startle modulation in children with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 147, 866-870.

PYNOOS R. S., GOENJIAN A., TASHJIAN M., KARAKASHIAN M., MANJIKIAN R., MANOUKIAN G., STEINBERG A., & FAIRBANKS L. (1993). Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry, 163*, 239-247.

PYNOOS ROBERT S., STEINBERG ALAN M., GOENJIAN Armen, (1996). Traumatic Stress in Childhood and Adolescence. Recent Developments and Current Controversies. In Bessel A. van der Kolk, Alexander C. McFarlane, Lars Weisaeth, (1996). *TRAUMATIC STRESS. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society.* The Guilford Press. New york, London. pp 331-357.

RICHTERS J. & MARTINEZ P. (1993). NIMH Community Violence Project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry, 56*, 7-21.

STUBER M.L., NADER K., YASUDA P., PYNOOS R.S., & Cohen S. (1991). Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: Preliminary results of a prospective longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30(6)*, 952-957.

STUVLAND R. (1993). *Psychological and educational help to school-children affected by war: Results from a screening of children in Croatia*. Zagreb: Ministry of Education, Government of Croatia in cooperation with UNICEF, Zagreb.

TERR L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148,* 10-20.

YULE W. (1993). Technology-related disasters. In C.F. Saylor (Ed), *Children and disasters* (pp. 105-121). New York: Plenum Press.

الصدمة النفسية خلال الطفولة و المراهقة:تعدد المقاربات و التدخلات

ملخص

يحاول هذا المقال إلقاء منظور رجعي ملخص حول الأبحاث الأنجلوساكسونية خلال العشريتين الأخيرتين المتعلقة بالصدمات لدى الطفل و المراهق هناك ثلاث مراحل متسلسلة زمنيا:

الأولى تهتم بالتساؤلات و الدراسات الأولية، و الثانية تجمع الأفكار حول تدقيق المفاهيم، تنظيم الأعراض البعد صدمية و إرصان أدوات البحث، أما الثالثة فتتساءل حول التنذر PTSD و حول الدور النفسي و الوظيفة النفسية لكل واحد من مكوِّناته خلال الفترة الأخيرة ظهرت أفاق حديثة تدمج مفاهيم تعقد الصدمات و الأحداث الصدمية و كذلك مفاهيم الصدمات المتعددة و تنوّع ردود الأفعال الفردية، كما أنها تدْخِلُ ضمن تفكيرها أكثر فأكثر أبعاد عائلية و نمائية لأبعاد أساسية في فهم و معالجة الصدمات أثناء الطفولة و المراهقة.

إن التطبقات المتعددة لنتائج هذه البحوث الكثيرة قد ظهرت جليا خاصة في وضعيات الكوارث الطبيعية أو الحروب و هذا من خلال برامج التدخّلُ التي تستعمل أنماطا للمناقشة العلاجية المدمجة و المتعددة الأبعاد: تناولات تربوية نفسانية، المساعدة التربوية توفير تكوين نفسي إجتماعي للمدرسّين، صيدلاني علاج نفسي دينامي ، علاج معرفي و سلوكي.

الكلمات الأساسية: صدمات نفسية – طفل و مراهق – التدخلات النفسنية الإجتماعية