



HAL
open science

Psychose et traumatisme à l'adolescence. Quels liens ?

Marjorie Roques, Héloïse Haliday, Dimitra Laimou, Monica Borza, Élisabeth Baranger

► **To cite this version:**

Marjorie Roques, Héloïse Haliday, Dimitra Laimou, Monica Borza, Élisabeth Baranger. Psychose et traumatisme à l'adolescence. Quels liens ?. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 2023, <10.1016/j.amp.2023.04.009>. <hal-04086434>

HAL Id: hal-04086434

<https://u-picardie.hal.science/hal-04086434v1>

Submitted on 9 Jul 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Communication

Psychose et traumatisme à l'adolescence. Quels liens ?

Psychosis and trauma in adolescence. What is the connection?

Marjorie Roques ^a, Héloïse Haliday ^b, Dimitra Laimou ^c, Monica Borza ^d,

Élisabeth Baranger ^e

a) Professeur des Universités en Psychopathologie Clinique

Co-directrice du département de psychologie, Co-responsable de l'Axe

"Vulnérabilités, ressources, accompagnement" Laboratoire Psy-DREPI, (EA-7458)

Référente Harcèlement, Université de Bourgogne (UB)

b) Université de Bourgogne, Laboratoire Psy-DREPI, Esplanade de la Paix, 21000 Dijon

c) Université de Picardie Jules Verne - chemin du Thil - CS 52501 - 80025, Amiens

Cédex 1.

d) CMPEA de Vire et Hébergement thérapeutique de la Maison des Adolescents de

Caen 13 All. des Aulnes, 14610 Cairon

e) CMPEA de Vire et Hébergement thérapeutique de la Maison des Adolescents de

Caen 13 All. des Aulnes, 14610 Cairon

Résumé

Traumatisme et psychose sont depuis longtemps liés dans la littérature psychiatrique, bien qu'aucune relation de cause à effet n'ait pu être établie. En effet, la pratique clinique quotidienne confronte psychiatres et psychologues à des configurations psychopathologiques dans lesquelles la distinction entre états post-traumatiques et symptômes psychotiques s'avère peu claire, et génère des doutes quant au diagnostic et au devenir des jeunes traités. Après avoir établi une revue de la littérature à propos des interactions entre expériences traumatiques/traumatogènes et symptômes de type psychotique, nous nous appuyons sur cinq études de cas d'adolescents ayant une histoire de vie traumatique et hospitalisés pour des troubles aigus ou subaigus de type psychotique. Notre méthodologie d'analyse sera qualitative, afin de mieux articuler les points d'incertitude et les éléments de diagnostic différentiel entre des troubles psychotiques brefs liés à des traumatismes complexes, et la décompensation potentielle d'un trouble psychotique plus chronique, par exemple la schizophrénie. Ces éléments pourront aider le clinicien à distinguer des ensembles cliniques

en apparence similaires, afin d'orienter la prise en charge et d'éviter l'aggravation de ces troubles à l'âge adulte. Dans le cas de traumatismes extrêmes, nous proposons de ne pas nous focaliser sur la recherche de symptômes prépsychotiques dans le cadre d'une potentielle décompensation d'une psychose chronique, et de considérer davantage les délires et hallucinations comme des symptômes transitoires à l'adolescence, qui permettent de faire face à des événements de vie traumatiques. Au-delà de la question de la nature des symptômes, nous évoquerons le type de prise en charge de ces jeunes, dont l'avenir dépend d'un diagnostic précis et non stigmatisant.

Mots-clés : Adolescence ; Diagnostic ; Psychopathologie clinique ; Psychose ; Traumatisme

Abstract

In psychiatric studies, trauma and psychosis have long been linked, although researchers have not been able to establish a unilateral cause-and-effect relationship. While clinical research in psychiatry has focused on the prevention of psychotic decompensation, and even on the identification of pre-psychotic states in adolescents - not without caution, however, due to the stigma associated with the diagnosis of psychotic pathologies -, in the everyday clinical practice psychiatrists and psychologists are faced with psychopathological configurations in which the distinction between post-traumatic states and psychotic symptoms proves to be equivocal. This results in doubts as to the diagnosis and the future of the young people who are treated for such disorders. The difference between hallucinations and reliving a traumatic experience, for example, can mislead the clinician about the subjective structure of the adolescent and thus contribute to a very marked orientation of the treatment either towards subjective reconstruction based on the damage induced by the traumatic events, or towards the avoidance of possible psychotic decompensation. After conducting an overview of the scientific literature on the interactions between traumatic/traumatogenic experiences and psychotic-type symptoms, we will consider five case studies of adolescents with traumatic life histories and who have been hospitalized for acute or subacute psychotic-like disorders.

The methodology for our analyses will be qualitative, so that it can help the clinician to distinguish between apparently similar clinical ensembles, and in order to better articulate the points of uncertainty and the elements of differential diagnosis between brief psychotic disorders related to complex traumas and the potential decompensation of a more chronic psychotic disorder, e.g., schizophrenia. In the case of complex traumas, we propose to shift the focus away from a search for pre-psychotic symptoms in order to prevent the

decompensation of a supposed chronic psychosis, and to consider instead the delusions and hallucinations experienced by these subjects as transitory symptoms in adolescence, which are extreme defense mechanisms against traumatic life events. Beyond the question of the endogenous or exogenous nature of the symptoms, we will discuss the type of care provided to these young people, in order to adapt the treatment and avoid making these disorders worse during adulthood; The future of these young people depends on an accurate and non-stigmatizing diagnosis.

Key words: Adolescence; Clinical psychopathology; Diagnosis; Psychosis; Trauma

1. Introduction

Trauma et psychose entretiennent des liens repérés depuis longtemps dans la littérature, sans pour autant que les chercheurs puissent affirmer un lien de cause à effet unilatéral : la survenue d'épisodes psychotiques peut être traumatique pour le sujet, et des événements traumatiques de vie peuvent mener à des décompensations psychotiques. Si la recherche clinique en psychiatrie s'est focalisée, ces dernières années, sur la prévention des décompensations psychotiques, voire sur le repérage d'états prépsychotiques chez les adolescents – non sans prudence toutefois du fait du stigma associé aux diagnostics de psychose –, la clinique quotidienne confronte psychiatres et psychologues à des configurations psychopathologiques dans lesquelles la distinction entre états post-traumatiques et symptômes psychotiques s'avère peu claire, et génère des doutes quant au diagnostic et au devenir des jeunes soignés. La différence entre hallucinations et reviviscences traumatiques, par exemple, peut induire le clinicien en erreur et contribuer ainsi à une orientation très marquée du traitement.

À partir d'une revue de littérature sur les interactions entre des traumatismes extrêmes et des symptômes de type psychotique, nous proposerons une réflexion différentielle entre début de décompensation psychotique et ce qui peut également relever des conséquences directes ou indirectes d'un ou de plusieurs traumatismes. Nous nous appuierons sur cinq études de cas d'adolescents aux parcours de vie traumatique, hospitalisés en psychiatrie pour des troubles aigus ou subaigus d'allure psychotique, dont la symptomatologie est à la fois évocatrice d'une psychose débutante et d'un tableau clinique de traumatisme complexe ; afin

de mieux circonscrire les points d'incertitude et les éléments de diagnostic différentiel, entre des troubles psychotiques brefs liés à des traumatismes complexes, et de potentielles décompensations psychotiques. Nous montrerons également la nécessité d'une approche psychopathologique complémentaire au regard sémiologique pour le diagnostic et l'orientation du traitement de jeunes sujets en grande détresse psychique. Sur un plan théorico-clinique, nous tenterons de répondre à plusieurs questions : quel peut être le devenir de traumatismes qui ont été vécus pendant l'enfance et/ou l'adolescence ? Peut-on émettre un diagnostic d'ESPT dans la mesure où il concerne des êtres en cours de développement, et par définition, immatures sur le plan psycho-affectif ? Et enfin, existe-t-il une nécessité d'émettre un diagnostic dans cette période sensible qu'est l'adolescence ?

2. Traumatisme et psychose, une relation sémiologique complexe.

Les premiers auteurs qui se sont intéressés aux conséquences psychiques des traumatismes ont décrit la névrose traumatique [1], reprise sous le terme de « névrose d'effroi » [2]. Celle-ci comprend des ruminations, des troubles du sommeil, des symptômes dépressifs et anxieux, des troubles mnésiques et parfois des états dissociatifs. Dans sa forme descriptive actuelle, le TSPT inclut la triade symptomatologique : reviviscences/hypervigilance/évitement. Depuis le DSM-5, le diagnostic de TSPT est différencié en fonction de la présence ou non de symptômes dissociatifs à type de déréalisation/dépersonnalisation. La présence de symptômes psychotiques a également été décrite en association avec le TSPT, tandis que de nombreuses études ont montré la fréquence d'antécédents traumatiques dans l'enfance ou l'adolescence, chez des patients qui développent ultérieurement une psychose. Au cours des vingt dernières années, des études épidémiologiques portant sur de grands échantillons ont presque constamment retrouvé un lien entre traumatisme psychique de l'enfance ou de l'adolescence et la survenue d'un trouble psychotique ou schizophrénique ultérieur [3-7]. Plusieurs modèles ont été proposés pour expliquer ces liens : les schémas cognitifs dysfonctionnels ; la dysrégulation affective, qui serait fortement liée à la distorsion de la réalité [8], qui pourrait exacerber les phénomènes psychotiques et augmenter le risque de développement de troubles psychotiques [9], les styles d'attachement, notamment l'attachement insécuré [10], la dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, des mécanismes inflammatoires et la dysrégulation épigénétique... Globalement, deux types d'interaction sont opposés : soit le trauma constitue un facteur de stress, qui vient révéler une vulnérabilité préexistante, lequel, à son tour, peut

impliquer une sensibilité accrue au stress ; soit le trauma ne se limite pas au seul rôle de facteur déclenchant. Dans ce cas, il serait susceptible de modifier structurellement et fonctionnellement le développement cérébral. Ces modèles sont complexifiés par la découverte que l'expression génétique peut être modulée par des facteurs environnementaux et certaines modifications transmises à la descendance...

Par ailleurs, d'autres travaux épidémiologiques ont mis en évidence le lien entre expérience migratoire et émergence de troubles psychiatriques, notamment psychotiques, en évoquant le rôle des facteurs sociaux dans leur apparition (isolement, chômage, exclusion, discrimination, mode de vie urbain), tandis que d'autres études ont montré le rôle protecteur du soutien social communautaire face au risque de psychose. Il est à noter que l'impact traumatique complexe de la migration elle-même est insuffisamment pris en compte dans ce modèle.

3. Le problème du diagnostic différentiel entre TSPT et psychose durant l'enfance et l'adolescence

Bien qu'il existe des preuves solides de l'association entre les traumatismes de l'enfance et la psychose à l'adolescence et à l'âge adulte [9,11-14], et même entre le traumatisme pendant l'adolescence et la psychose émergente au début de l'âge adulte [15], différencier le traumatisme et les symptômes de type psychotique dans le traitement des adolescents reste une évaluation difficile. Lors d'un traumatisme, les perturbations perceptives, à savoir les hallucinations, sont plus présentes dans les populations adolescentes présentant un risque cliniquement élevé de psychose [14]. Chez les adultes, les symptômes psychotiques peuvent apparaître comme un trait spécifique de certains troubles de stress post-traumatique (TSPT) et des symptômes de type psychotique apparaissent avec une fréquence élevée chez les adultes souffrant de TSPT chronique [16]. Bien que toutes les hallucinations ne conduisent pas à un diagnostic de psychose, et que le traumatisme ne conduise pas nécessairement à des hallucinations, les perturbations perceptives (parmi lesquelles figurent les hallucinations et les éléments sensoriels de reviviscence traumatique) apparaissent dans les deux cas de TSPT et de psychose, ce qui complexifie le diagnostic différentiel entre les deux [17]. Scott, Nurcombe et al. [18] ont même démontré, à l'aide d'une analyse phénoménologique, comment les hallucinations n'étaient pas un critère de diagnostic différentiel pertinent entre le PTSD et les troubles psychotiques chez les adolescents.

Selon Revet et al. [19], l'ESPT est un trouble sous-évalué et surestimé dans la population des enfants et des adolescents. Il peut même passer inaperçu, notamment à cause de la diversité des réactions, des perturbations minimales dans la vie et de la moindre spécificité de ses symptômes caractérisés par la triade : syndrome de répétition, évitement et hyperactivité neurovégétative ; mais aussi, en raison de la superposition ou de la confusion avec d'autres troubles. Dans certaines configurations, un ESPT peut en effet prendre la forme d'une décompensation psychotique [20].

La question est donc particulièrement importante, car la prévention de la transition ou de la « conversion » des symptômes prodromiques psychotiques en troubles psychotiques complets [22] et l'augmentation des chances de guérison des jeunes adultes souffrant de psychoses émergentes dépendent grandement du traitement au stade le plus précoce possible des symptômes prodromiques [23], qui apparaissent généralement à l'adolescence. De plus, les individus dont la psychose a débuté à l'adolescence connaissent également des retards plus longs dans le traitement de leur psychose, et sont plus enclins aux comportements bizarres et aux symptômes négatifs primaires, ce qui permet de prédire de moins bons résultats à l'âge adulte [24]. Enfin, le traitement de l'ESPT et celui des troubles psychotiques diffèrent fortement : il n'existe que de faibles preuves de la nécessité de traiter l'ESPT par une pharmacothérapie alors qu'elle est recommandée dans la prise en charge des symptômes psychotiques ; l'ESPT nécessite plutôt une thérapie spécialisée contre le traumatisme [17], tandis que la prévention et les soins communautaires, institutionnels et interprofessionnels sont nécessaires pour aider les personnes atteintes de troubles psychotiques à se rétablir [23,25].

Les travaux psychanalytiques, outre de permettre de se décaler de la question diagnostique en proposant une approche dynamique du fonctionnement psychique, incluant l'idée de potentialités psychotiques réactivées par le pubertaire, émettent des liens entre traumatisme et psychose [26]. Ce sont Freud et Ferenczi, qui, les premiers, évoquent un lien de causalité entre traumatisme et psychose. Les liens établis au sein de ce paradigme évoquent davantage l'idée de traumatismes précoces et/ou fantasmés comme étant à l'origine des psychoses. Aussi, la sémiologie psychiatrique est-elle pertinemment complétée par une approche de psychopathologie psychanalytique, en tant qu'elle permet de penser les liens circulaires entre traumatismes et réactivation des potentialités psychotiques des sujets au cours de l'adolescence. Il convient donc de prêter attention aux particularités de cette période de la vie.

4. Population de notre étude

Notre population d'étude se compose de cinq adolescents, ayant été sévèrement traumatisés, dont la moyenne d'âge est de 15 ans.

Tableau 1 : population de notre étude

Nom	Âge	Situation familiale	Traumatisme(s)	Symptômes
Jordan	15 ans 4 mois		Abus Sexuels (beau-père) Multiples placements	Idées de persécution Hallucinations auditives Hétéro-agressivité Consommation de toxiques Fugues
Wahid	15 ans 6 mois	Mineur isolé	Kidnappé Travail forcé (6 mois) Maltraitance Témoin des noyades	Décompensation psychotique Idées délirantes mégalomaniaques, persécutives, de référence et hallucinatoires acoustico-verbales Retrait relationnel Fugue
Ruben	14 ans et 4 mois	Adolescent placé	Maltraitance maternelle	Mises en danger Fugues itératives Crises clastiques Difficultés d'apprentissage Absentéisme scolaire Consommation de toxiques Déambulations Soliloquie Hallucinations cénesthésiques Idées délirantes
Lorenzo	15 ans et 11 mois	Adolescent placé	Suspensions de violence physique de la part des parents	Comportement agressif Encoprésie Tentatives de suicide Idées de persécution Hallucinations acoustico-verbales Conduites à risque Consommation de toxiques Crises clastiques Difficultés relationnelles Déscolarisation Sentiment de persécution

Enzo	15 ans et un mois	Adolescent placé	Suspicion d'abus sexuels, maltraitances psychologiques de la part de la mère	État délirant aigu Trouble du comportement avec mises en danger Consommation occasionnelle de cannabis Attitudes d'écoute (probables hallucinations auditives) Sentiment de persécution Hallucinations auditives et cénesthésiques Tristesse de l'humeur Propos délirants hypocondriaques et de persécution Retrait relationnel Comportement antisocial
------	-------------------	------------------	--	--

5. Méthodologie clinique

La rédaction des études de cas a été réalisée à partir des entretiens avec les jeunes et à l'appui des dossiers d'hospitalisation de ces patients, par deux psychiatres (une interne avec relecture de la pédopsychiatre). Il convient néanmoins de préciser que plusieurs regards en ont permis la rédaction, puisque les entretiens sont collectifs et incluent la pédopsychiatre, l'interne, l'externe et un soignant du service. Une rencontre individuelle systématique est également proposée par la psychologue, sans la présence d'un autre professionnel, deux semaines après l'arrivée du jeune dans le service, afin qu'il puisse se familiariser avec les lieux et l'équipe. Les adolescents sont vus *a minima* une fois par semaine d'hospitalisation, en entretien par la pédopsychiatre et son équipe, et une fois par l'interne de psychiatrie. En fonction du nombre de semaines d'hospitalisation, les adolescents sont reçus entre trois et cinq fois par la pédopsychiatre et son équipe et deux à quatre fois par la psychologue du service en fonction de la demande et des besoins du jeune. La rencontre clinique avec la psychologue peut être unique, surtout si les symptômes psychiatriques sont envahissants.

6. Quels points communs ?

L'intérêt de présenter ces cinq cas d'adolescents, qui ont vécu des traumatismes extrêmes, est de tenter de répondre aux interrogations suivantes :

- sommes-nous en présence d'une désorganisation transitoire ou s'agit-il du début de l'installation d'une psychose ?
- les éléments observés relèvent-ils d'un moment psychotique en lien avec le processus adolescent ou de troubles d'allure schizophrénique ou maniaco-dépressifs ?

6.1. Relever des points communs et de divergence, afin de les discuter

Le premier point concerne les **effets cumulatifs des traumatismes**. En effet, nous repérons, chez nos cinq adolescents, *des traumatismes précoces* : négligences, liens précoces chaotiques (mère psychotique, état-limite, toxicomane) probablement responsables des troubles de l'attachement. Nous relevons également **des traumatismes transgénérationnels** (inceste par exemple). **Les maltraitances psychiques et/ou, physiques et /ou sexuelles** sont aussi communes à nos cinq adolescents. Enfin, nous relevons des **traumatismes tardifs extra-familiaux** dont des conditions d'existence précaires (vie dans la rue, déscolarisation, désocialisation, isolement, linguistique/histoire de ruptures/vie en marge des structures collectives de protection) ainsi que des troubles des conduites (errance fugues consommation de toxiques conduites à risque).

Nous soulignerons un élément majeur : aucun de nos patients ne présente de TSPT mais tous présentent un ou des épisodes d'allure psychotique aiguë ou subaiguë, d'intensité modérée (atténuée par rapport à BDA). Nous relevons que les symptômes sont peu nombreux et se rassemblent essentiellement autour d'idées délirantes de persécution (sauf notre premier cas qui présente un délire mégalomane, et le troisième qui présente un délire à thème somatique), mais qui apparaissent peu spécifiques (persécution/vie en collectivité) et pour lesquels les hallucinations cénesthésiques (surprésentées) ou les hallucinations auditives et visuelles sont peu spécifiques. D'autres éléments ne sont pas en faveur d'une psychose avérée et notamment la faible participation affective, l'absence de désorganisation, l'adaptation au quotidien qui est relativement préservée et ne nécessite à aucun moment un isolement (repas en commun), l'absence de perturbation des conduites instinctuelles, le retrait social (plus marqué vis-à-vis des pairs), l'absence de signes

négatifs dégradation cognitive, apragmatisme. De plus, l'évolution a été rapidement favorable, ces adolescents montrent une sensibilité au traitement et à l'environnement institutionnel contenant, ce qui nous mène sur la voie de facteurs de vulnérabilité à la psychose (génétique, consommation de toxiques, migration) sans que nous puissions toutefois parler de psychose.

La symptomatologie que présentent ces jeunes répond davantage aux critères du trouble psychotique bref qui rassemble des idées délirantes, des hallucinations, un discours ou un comportement désorganisé et dont la durée est entre un jour et un mois. Un critère de durée mériterait d'être apprécié par rapport au trouble schizophréniforme, même si deux critères différentiels ne vont pas dans ce sens : les symptômes atténués ou brefs de résolution spontanée et les signes négatifs liés à la carence et au trauma.

7. Discussion théorico-clinique

La méta analyse de Varese [7] révèle que les patients atteints de psychose sont environ trois fois plus susceptibles d'avoir été exposés à des traumatismes dans l'enfance par rapport aux sujets témoins. Dans la plupart des études, la symptomatologie psychotique était d'autant plus marquée que les traumatismes étaient graves et répétés, suggérant un effet dose-dépendant du traumatisme [27,28]. Un consensus semble donc établi en dépit des difficultés méthodologiques rencontrées et de l'inconstance des précisions quant aux traumatismes. Certaines études retrouvent une corrélation tous traumas confondus, tandis que d'autres (plus récentes) suggèrent une spécificité des abus sexuels dans le déclenchement d'une symptomatologie psychotique [29]. Les études de cette association se sont également élargies à la phase UHR (ultra-high risk), où les sujets expérimenteraient des symptômes psychotiques atténués ou des symptômes psychotiques brefs de résolution spontanée.

Les études disponibles dans la littérature scientifique concernant les patients adultes souffrant d'un premier épisode psychotique et ayant subi des expériences traumatiques durant l'enfance montrent que le genre (homme/femme) est corrélé à des profils symptomatologiques différents en termes de symptômes négatifs, d'importance des phénomènes dissociatifs, de gravité du premier épisode ou d'importance des hallucinations acoustico-verbales. Toutefois, les résultats tendent à se contredire entre études, affirmant même parfois l'absence d'une différence de genre influençant le lien entre traumas dans l'enfance et premier épisode psychotique. Certains auteurs montrent cependant une corrélation entre négligence (neglect) émotionnelle et physique et sévérité des symptômes

psychotiques, notamment chez les hommes. Ainsi, même si l'échantillon de notre étude est uniquement composé d'hommes, avec un potentiel biais quant à la prévalence des symptômes évoqués dans nos études de cas, nous souhaitons mettre davantage l'accent sur le lien entre la sévérité de leurs symptômes et la présence, chez chacun d'eux, d'antécédents de violences physiques et émotionnelles. En effet, cette co-présence systématique repérée dans nos études de cas comme dans la littérature plaide pour l'orientation du traitement vers des modalités plus intensives, ce dès le début des symptômes d'allure psychotique, indépendamment de la capacité du clinicien à effectuer un diagnostic différentiel avec certitude.

Quoi qu'il en soit, nous soutenons que l'affirmation d'une existence de sous-types de PTSD avec symptômes psychotiques [20] ne suffit ni à régler la question de diagnostic différentiel, ni à assurer à ces jeunes des soins suffisamment étayants. Au-delà de la description, il est donc nécessaire de comprendre l'étiologie de cette symptomatologie d'allure psychotique comme se greffant sur des vécus traumatiques précoces.

Si un large consensus se dégage quant aux liens établis entre traumatisme et psychose à l'adolescence, en revanche, la compréhension et le caractère potentiellement causal de cette association demeurent peu clairs, voire controversés. Des auteurs d'obédience psychanalytique estiment qu'une psychose peut venir en lieu et place d'une névrose traumatique, en particulier à l'adolescence, en raison de la fragilité résultant des remaniements psychiques inhérents à cette période, et d'autant plus lorsque la qualité des liens d'attachement précoce est médiocre [20]. Laufer & Laufer [30], quant à eux, soulignent qu'un même tableau clinique peut recouvrir, à cet âge, différents réaménagements de la personnalité. Ils distinguent l'épisode psychotique, le fonctionnement psychotique, et l'évolution d'un processus psychotique. La distinction entre ces différentes configurations permet de rendre compte de profils évolutifs différents et pointe la nécessité d'une extrême prudence avant d'émettre un diagnostic de schizophrénie. En effet, seule la pathologie schizophrénique fait l'objet d'une décompensation à l'adolescence, d'autres psychoses aiguës peuvent se manifester (avec consommation de substances, bouffées délirantes) ou relèvent de psychoses infantiles ou de pathologies limites de l'enfance, mais qui peuvent ressembler en plusieurs points et de prime abord, à une psychose. Nous avons que le pronostic est d'autant plus défavorable qu'il est précédé d'épisodes délirants aigus apparus avant l'âge de 15 ans. Pour les auteurs psychanalytiques (Chabert, Corcos, Bergeret, Braconnier, Brusset, Cahn, Green, Jemmet, Misès, etc.) et plus récemment dans les travaux de Sleiman Haidar et de De Luca [31], certaines caractéristiques psychiques prévalent dans la psychose, notamment : la fragilité du moi et de l'identité, et des failles profondes inscrites dans le narcissisme. Les

études de cas que nous avons rassemblées et analysées invitent les cliniciens à ne pas confondre les expériences psychotiques, se manifestant sous la forme de dépersonnalisation aiguë ou de régression du moi, avec une psychose. Ces instants psychotiques sont fréquents au cours de l'adolescence qui actualise une potentialité psychotique [32], sans pour autant qu'il s'agisse d'une psychose débutante.

8. Conclusion

Les interactions complexes entre traumatisme et psychose chez l'adolescent restent partiellement élucidées dans la littérature et malgré l'étude des cinq cas que nous avons présentés. Et notamment, certaines questions persistent : certains traumatismes, en raison de leur sévérité, de leur précocité et de leur nombre, pourraient-ils ne pas se traduire par une symptomatologie post-traumatique classique ? Une personnalité façonnée par les épreuves et/ou les carences multiples se situerait-elle en deçà de l'expression d'un TSPT ?

La prise en compte spécifique des traumatismes cumulés semble difficile, tout comme celle des traumatismes dits « complexes ». La prise en charge des adolescents qui en souffrent est par ailleurs rendue plus malaisée par les conduites à risques, éventuellement délictueuses, les fugues et conduites d'errance qu'ils manifestent. Tout se passe comme si l'alternative allait se situer entre errance, exclusion et sur-institutionnalisation (prison, hôpital psychiatrique).

Pour autant, les jeunes dont nous avons rapporté les cas ont présenté une symptomatologie rapidement résolutive, et se sont montrés sensibles au cadre de l'hospitalisation en unité d'adolescents, ce qui atteste de la nécessité de proposer une contenance et un étayage institutionnels. La symptomatologie de premier abord nécessite donc une réflexion clinique approfondie, en équipe, intégrant les apports de la psychopathologie clinique pour différencier les traumatismes complexes et les émergences psychotiques temporaires de véritables décompensations schizophréniques, même insidieuses. Prendre le temps d'une vigilance accrue et proposer d'emblée des soins collectifs et contenant, apparaît donc comme une nécessité pour ces populations, afin d'éviter le risque de céder trop rapidement à l'angoisse de voir le jeune s'enfoncer dans une psychose chronique, le

parcours de soins étant pour ces personnes considérablement plus long et parfois stigmatisant. Il n'en reste pas moins que, malgré la gravité du processus psychotique émergeant à l'adolescence, les potentialités transformationnelles de l'adolescent et de son environnement familial permettent souvent au jeune de sortir du cercle psychotisant.

Conflit d'intérêt :

Références

- [1] Oppenheim H. (1889) Die traumatischen Neurosen. Europaischer Hochschulverlag GmbH & Co, 2012.
- [2] Kraepelin E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig: Aber Verlag; 1889.
- [3] Bentall RP, et al. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the adult psychiatric morbidity survey. *Schizophr Bull* 2012;38:734–40. doi:10.1093/schbul/sbs049.
- [4] Bonoldi I. et al. Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Res* 2013; 210: 8–15. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.003.[5]
- [6] Longden E, Sampson M, Read J. Childhood adversity and psychosis: Generalised or specific effects ?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016;25: 349–59. doi:10.1017/S204579601500044X.
- [7] Varese F, Barkus E, Bentall RP. Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine* 2012;42:1025–36. doi:10.1017/S0033291711001826.
- [8] Kramer I, et al. Time-lagged moment-to-moment interplay between negative affect and paranoia: New insights in the affective pathway to psychosis. *Schizophr Bull* 2014;40:278–86. doi:10.1093/schbul/sbs194.
- [9] Wigman J. et al. Early trauma and familial risk in the development of the extended psychosis phenotype in adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012;126:266–73. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01857.x.

- [10] Korver-Nieberg N, et al. Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry Res* 2015;228:83–8. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.018.
- [11] Arseneault L, et al. Childhood Trauma and Children's Emerging Psychotic Symptoms: A Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2011;65–72.
- [12] Bendall S, et al. Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophr Bull* 2008;34:568–79. doi:10.1093/schbul/sbm121.
- [13] Lin X, et al. The prevalence of confirmed childhood trauma and its' impact on psychotic-like experiences in a sample of Chinese adolescents. *Psychiatry Res* 2020:112897. doi:10.1016/j.psychres.2020.112897.
- [14] Stanton KJ, et al. Childhood trauma and psychosis: an updated review. 2019. doi:10.1016/j.chc.2019.08.004.
- [15] Croft J. et al. Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood. *Jama* 2020;76:79–86. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.3155.
- [16] Lindley BSE, Carlson E, Sheikh J. Psychotic Symptoms in Posttraumatic Stress Disorder. *CNS Spectrums* 2000:5.
- [17] Tschöke S, Uhlmann C, Steinert T. Schizophrenia or trauma-related psychosis? Schneiderian first rank symptoms as a challenge for differential diagnosis. *Neuropsychiatry* 2011;1:349–60.
- [18] Scott JG, et al. Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australian Psychiatry* 2007;15: 44–48. doi:10.1080/10398560601083084.
- [19] Revet A. et al. Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence* 2020;6729:339-96. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.07.007>.
- [20] de Becker E. Un modèle de procédure diagnostique du trouble des conduites chez l'enfant. *Perspectives Psy* 2011;50 :272–283.
Available at: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=PPSY_503_0272.
- [21] Clark SR, Schubert KO, Baune BT. Towards indicated prevention of psychosis: using probabilistic assessments of transition risk in psychosis prodrome. *Journal of Neural Transmission* 2015;122:155–69. doi:10.1007/s00702-014-1325-9.
- [22] Addington J, Heinssen R. Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual Review of Clinical Psychology* 2012;8:269–89. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143146.

- [23] Krebs MO. Le réseau transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *L'information psychiatrique* 2019;95:667–71. doi:10.1684/ipe.2019.2011.
- [24] Ballageer T, et al. Is Adolescent-Onset First-Episode Psychosis Different From Adult Onset ?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2005;44:782–89. doi:10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea.
- [25] Botbol M. et al. Psychoses à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie* 2015;12:1–12.
- [26] Gutton P. *Le pubertaire*. Paris: PUF;1991.
- [27] Schäfer I, Fisher HL. Childhood trauma and psychosis - what is the evidence?. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2011;13:360–65. doi:10.31887/dcns.2011.13.2/ischaefer.
- [28] Spauwen J, et al. Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: Relationship with psychosis proneness. *Br J Psychiatry* 2006;188:527–33. doi:10.1192/bjp.bp.105.011346.
- [29] Thompson AD, et al. Sexual trauma increases the risk of developing psychosis in an ultra high-risk “prodromal” population. *Schizophr Bull* 2014;40:697–706. doi:10.1093/schbul/sbt032.
- [30] Laufer M, Laufer E. *Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique*. Paris: PUF;1989.
- [31] Haidar HS, De Luca M. Psychodynamic Assessment of Psychosis in Adolescence. A Test–Retest Case Study With the French School Projective Method. *Rorschachiana* 2020;41. doi:<https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000121>.
- [32] Green A. Point de vue du psychanalyste sur les psychoses à l'adolescence. In Ladame F, Gutton P, Kalogerakis M. (eds). *Psychoses et adolescence*. Paris: Masson; 1990. P. 231–44.