



HAL
open science

La mémoire traumatique : postulats historiques et débats contemporains

L. Charretier, J. Dayan, F. Eustache, P. Quinette

► To cite this version:

L. Charretier, J. Dayan, F. Eustache, P. Quinette. La mémoire traumatique : postulats historiques et débats contemporains. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2021, 205 (2), pp.154 - 160. <10.1016/j.banm.2020.12.020>. <hal-04242005>

HAL Id: hal-04242005

<https://hal.science/hal-04242005v1>

Submitted on 14 Oct 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.



HAL Authorization



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

La mémoire traumatique : postulats historiques et débats contemporains[☆]

Traumatic memory: Historical assumptions and contemporary debates

L. Charretier^a, J. Dayan^{a,b}, F. Eustache^{a,*}, P. Quinette^a

^a Normandie Université, UNICAEN, PSL, EPHE, Inserm, U1077, CHU de Caen, neuropsychologie et imagerie de la mémoire humaine, GIP Cyceron, Caen, France

^b CHGR Rennes-I, service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 108, avenue du Général-Leclerc, 35000 Rennes, France

Reçu le 3 novembre 2020 ; accepté le 4 décembre 2020

Disponible sur Internet le 15 décembre 2020

MOTS CLÉS

Mémoire ;
Traumatisme
psychologique ;
Troubles de la
conscience

Résumé Le trouble de stress post-traumatique (TSPT), résultant de l'exposition à un événement extrêmement stressant, a inscrit son histoire dans un contexte psychiatrique et militaire et reste, aujourd'hui encore, une pathologie contemporaine largement débattue. Les recherches des dernières décennies et la révision récente des critères diagnostiques du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM ; 1994, 2013) ont conduit de nombreux chercheurs et cliniciens à considérer le TSPT comme une « pathologie de la mémoire ». Celle-ci est caractérisée par la présence simultanée d'une hypermnésie des éléments centraux et émotionnels de l'événement et une fragmentation des souvenirs périphériques et contextuels, rendus incohérents par leur manque d'intégration autobiographique. Ces atteintes mnésiques sont fréquemment décrites dans le cadre du TSPT, mais font toujours l'objet d'âpres débats scientifiques et cliniques. Malgré tout, la symptomatologie traumatique est classiquement définie par des atteintes mnésiques caractéristiques et supposément marquées par un manque de cohérence narrative et une fragmentation des souvenirs rappelés. Par ailleurs, l'exploration de la mémoire traumatique a, depuis plusieurs années, entretenu un vif débat contemporain concernant la récupération des souvenirs issus d'abus infantiles, réactualisant ou réinterprétant les investigations psychologiques et thérapeutiques passées de la mémoire traumatique. Ce travail propose une présentation des considérations actuelles de la mémoire traumatique développée dans le cadre du TSPT, et une discussion autour de ces deux éléments de controverse : la fragmentation et l'incohérence du souvenir traumatique mémorisé et la récupération tardive des souvenirs « réprimés » du traumatisme initial.

© 2020 l'Académie nationale de médecine. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Séance du 24 novembre 2020.

* Auteur correspondant. Inserm-EPHE-UNICAEN U1077 « Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine » (NIMH), pôle des formations et de recherche en santé (PFRS), 2, rue des Rochambelles, 14032 Caen cedex CS, France.

Adresse e-mail : francis.eustache@unicaen.fr (F. Eustache).

KEYWORDS

Memory;
Psychological trauma;
Consciousness
disorders

Summary. – Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), resulting from exposure to an extremely stressful event, has placed its history in a psychiatric and military context and remains, even today, a widely debated contemporary pathology. Research over the last decades and the recent revision of the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; 1994, 2013) have led many researchers and clinicians to consider PTSD as a “memory disorder”. It is characterized by the simultaneous presence of a hypermnésia of the central and emotional elements of the event and a fragmentation of peripheral and contextual memories, rendered incoherent by their lack of autobiographical integration. These memory impairments are frequently described in the context of PTSD but are still the subject of intense scientific and clinical debate. Nevertheless, traumatic symptomatology is classically defined by characteristic memory impairment and supposedly marked by a lack of narrative coherence and a fragmentation of the recalled memories. In addition, the exploration of traumatic memory has, for several years, maintained a lively contemporary debate concerning the recovery of memories resulting from child abuse, re-actualizing or re-interpreting past psychological and therapeutic investigations of traumatic memory. This work proposes a presentation of current considerations of traumatic memory developed in the framework of PTSD, and a discussion around these two elements of controversy: the fragmentation and inconsistency of the traumatic memory remembered and the late recovery of “repressed” memories of the initial trauma.

© 2020 l'Académie nationale de médecine. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La mémoire autobiographique constitue un domaine d'exploration essentiel dans la compréhension du trouble de stress post-traumatique (TSPT). Les difficultés mnésiques, décrites dans la symptomatologie traumatique [1], rendent compte d'une myriade d'atteintes et influencent la psychopathologie traumatique, définie par une hypermnésie de certains souvenirs traumatiques vifs et fortement émotionnels, souvent complétée par une amnésie des éléments périphériques permettant de contextualiser l'événement traumatique parmi l'ensemble des souvenirs épisodiques du sujet. À cet égard, le TSPT est aujourd'hui considéré comme une véritable « pathologie de la mémoire », les distorsions mnésiques devenant un élément central dans la compréhension de son développement et de son maintien à long terme [2–5]. Toutefois, de nombreuses controverses perdurent concernant la fragmentation réelle des souvenirs épisodiques, le niveau de cohérence narrative et globale des souvenirs rappelés par les sujets atteints de TSPT étant classiquement supposé amoindri. L'étude de la mémoire traumatique a, depuis plusieurs années, entretenu l'hypothèse selon laquelle le traumatisme initial et le TSPT en résultant pourraient modifier les capacités de récupération des souvenirs traumatiques, notamment par un meilleur encodage et rappel de détails « centraux » égo-centrés (bruits, sensations, odeurs, images vivaces) au détriment d'éléments plus « périphériques » et allocentrés (contexte spatiotemporel). Cette théorie, longuement explorée et intégrée aux symptômes caractéristiques du TSPT (DSM-IV, APA, 1993), est depuis remise en cause par plusieurs auteurs, arguant de l'existence d'un système de mémoire non différencié pour les éléments centraux et périphériques du souvenir traumatique. Par ailleurs, cette discussion historique fait écho à celle, non moins controversée, de la capacité de récupération tardive de ces souvenirs « oubliés ». Cette revue propose de revenir sur ces deux grands champs d'investigation du TSPT et de souligner les avancées actuelles.

La dualité mnésique du TSPT : entre amnésie traumatique et hypermnésie émotionnelle

Le TSPT est caractérisé par une difficulté à rappeler l'événement traumatique de façon cohérente. Les composantes épisodiques du souvenir, soit les détails périphériques de l'événement (contexte spatiotemporel), sont dites « fragmentées » et ne permettent pas l'intégration d'un souvenir cohérent au sein de la mémoire autobiographique [6]. Cette fragmentation mnésique implique ainsi que le souvenir de l'événement perde en précision, en fluidité, en cohérence et en séquence chronologique voire qu'il devienne totalement inaccessible [7–9]. Cette incapacité à rappeler en partie ou en totalité l'événement traumatique peut s'inscrire dans le cadre d'une « amnésie dissociative » qui correspond à une réponse psychique dynamique et réversible déclenchée à la suite d'un stress intense [10]. Au cours d'un événement traumatique, l'état de dissociation correspond à une diminution de la conscience de soi et de son propre corps lors de l'expérience initiale et, par extension, à une rupture entre l'identité, la conscience, la mémoire et la perception de son propre environnement [1]. Cette dissociation, qui peut aller jusqu'à un sentiment de déréalisation et de dépersonnalisation, entraîne une incapacité à prendre conscience du contexte de l'événement traumatique et à faire le tri parmi les informations pertinentes à retenir. Cet état de dissociation péritraumatique est considéré comme un mécanisme de défense psychique qui permet au sujet de mettre à distance les aspects les plus émotionnels et intenses de l'événement.

L'état dissociatif peut entraver l'encodage des informations lors de l'événement traumatique [3,7,11] en abaissant le niveau de conscience de soi, composante essentielle à la mémoire épisodique [12,13]. Également nommée « conscience auto-noétique » [12,14], cette forme de conscience de soi permet au sujet de revivre consciemment des éléments de son histoire passée et d'adopter les comportements

nécessaires à la poursuite d'objectifs futurs. C'est également cette conscience qui permet à l'individu le rappel conscient des conditions et contextes d'encodage des informations mémorisées. Sans cette conscience auto-néotique, l'individu ne peut accéder à une reviviscence efficace du souvenir. En les reliant aux connaissances sémantiques personnelles, c'est-à-dire à des connaissances générales sur soi, la conscience auto-néotique permet également l'encodage et l'intégration des souvenirs épisodiques dans une base autobiographique cohérente et enrichit l'identité à long terme [12,13]. Lors d'un état dissociatif, son altération rend difficile l'élaboration mnésique des informations et nuit par la suite à leur stockage et leur récupération lors d'une évocation orale volontaire [15]. Cet état dissociatif peut ainsi expliquer la difficulté de l'individu souffrant d'un TSPT à encoder, puis à rappeler volontairement les détails contextuels de l'événement, créant une fragmentation des souvenirs autobiographiques liés au traumatisme.

Par ailleurs, le lien entre mémoire et émotions est de plus en plus mis en avant dans l'investigation des difficultés mnésiques acquises, et son étude permet d'affiner nos connaissances actuelles sur le TSPT [16]. Au quotidien, l'émotion ressentie lors d'un événement courant, non spécifique, peut agir comme « capture attentionnelle », c'est-à-dire qu'elle oriente l'attention vers un stimulus particulier et par la suite en améliore sa mémorisation à long terme. Ainsi, de façon générale, l'émotion peut avoir un effet positif sur les performances mnésiques dans un cadre non traumatique, en augmentant les capacités d'encodage, de stockage et de rappel volontaire des informations. Dans le cadre d'un événement traumatique, l'encodage des informations verbales se trouve au contraire altéré par l'intensité émotionnelle du contenu à mémoriser [17,18], notamment négative [19]. À l'amnésie traumatique présente dans le TSPT contraste une hypermnésie de certains éléments centraux de l'événement, notamment ceux associés à une forte valence émotionnelle. La récupération des informations est possible mais constitue en soi une souffrance par son omniprésence quotidienne et la détresse psychologique qu'elle engendre [3]. Ainsi, les sujets souffrants de TSPT peuvent subir des intrusions mnésiques répétées et involontaires telles que des cauchemars, des flash-backs ou des réminiscences de certains scènes ou éléments clés de l'événement. Pour tenter de garder un contrôle relatif sur ces intrusions mnésiques, l'individu va tenter d'éviter tout matériel interne (pensée, émotion, sentiment) et externe (lieu, événement, personne ou objet) pouvant rappeler l'événement traumatique [1]. D'ordinaire, le souvenir neutre et quotidien s'édulcore avec le temps, s'émousse. Il ne reste en mémoire que les grandes lignes du souvenir : quelques éléments du contexte, les protagonistes essentiels, les actions importantes réalisées par soi-même ou par les autres. Dans le cadre du souvenir traumatique, celui-ci apparaît tellement fragmenté à l'esprit du sujet qu'il ne peut être correctement intégré à une base autobiographique cohérente et être contextualisé à sa juste valeur. Le souvenir reste à l'identique au fil du temps. Figé, il ne se modifie ou ne s'altère pas et peut revenir en mémoire à la moindre sensation, situation ou émotion faisant écho au traumatisme. L'exposition à des stimuli quotidiens rappelant l'événement traumatique peut créer des intrusions mnésiques du souvenir entier, non transformé et chargé en émotions. Le souvenir

traumatique est vécu au présent, celui-ci n'ayant pas été défini au préalable comme un événement autobiographique passé et résolu.

Controverse actuelle autour de la dualité mnésique du TSPT

La dualité exprimée entre l'amnésie traumatique et l'hypermnésie émotionnelle fait aujourd'hui l'objet d'un consensus et apparaît au cœur de la symptomatologie traumatique [3,6,20,21]. L'incapacité à mémoriser et rappeler de façon consciente les éléments contextuels de l'événement contraste avec la vivacité des images et émotions liées au souvenir traumatique et rappelées de façon involontaire. Brewin et al. [20,22] ont proposé le modèle de la double représentation, qui constitue aujourd'hui l'explication la plus admise de cette caractéristique du TSPT. Ainsi, deux composantes de mémoire distinctes coexisteraient de façon parallèle, l'une d'entre elles pouvant avoir priorité sur la deuxième selon le contexte rencontré. La mémoire perceptive, faisant intervenir l'amygdale, permet d'encoder les informations émotionnelles et perceptuelles de l'événement. Nommé « *Situationally Accessible Memory* » (SAM), ce système de mémoire auquel on ne peut qu'accéder involontairement par des indices situationnels concerne les bruits, images, sensations, émotions ou réponses corporelles initiales de l'individu encodées selon un point de vue « égocentré » durant l'événement. Ces informations sont difficilement verbalisables, n'ont pas été traitées consciemment durant l'encodage et ne peuvent ainsi pas faire l'objet d'une récupération consciente et contrôlée. Au contraire, la mémoire verbalisable (« *verbally accessible memory* » (VAM)), qui fait intervenir l'hippocampe, est accessible de façon volontaire et consciente et permet d'encoder les informations contextuelles de l'événement, soit tout ce qui caractérise le contexte visuospatial et allocentré de celui-ci. Les informations traumatiques sont alors évocables et peuvent aisément être intégrées de façon cohérente dans l'ensemble des souvenirs autobiographiques mémorisés, enrichissant ainsi une narration de vie passée, présente et future. Du fait de l'attention consciente qu'il demande, le taux d'informations pouvant être retenu au sein de cette composante de la mémoire se trouve relativement limité. Dans le cadre d'un stress extrême, l'attention de l'individu est allouée à la menace perçue, donnant priorité au SAM et altérant le fonctionnement du VAM. Le contexte de l'événement est alors peu encodé, ne restant plus en mémoire que les images, émotions et perceptions subjectives de l'événement. Sans contextualisation et évocation orale, le souvenir traumatique peut refaire surface de façon involontaire et faire revivre au temps présent des émotions et réactions physiologiques semblables à celles vécues lors de l'événement. Aussi, la diminution d'activité des réseaux hippocampiques contraste avec l'hyperactivation du complexe amygdalien, augmentant les intrusions mnésiques et le manque de cohérence mnésique [23,24].

Toutefois, bien qu'elle constitue un symptôme prépondérant dans le DSM-5 [25], la nature fragmentée et incohérente du souvenir traumatique reste aujourd'hui controversée. Ainsi, contrairement à la théorie de la double

représentation de Brewin et al. [20], Rubin et al. [26,27] supposent qu'il n'existerait qu'une seule forme de mémoire dédiée aux informations neutres et traumatiques, la nature émotionnelle de l'événement influençant de manière égale l'ensemble du fonctionnement mnésique. L'intensité émotionnelle de l'événement durant l'encodage n'interférerait donc pas de manière différenciée sur ces deux formes de rappel, réfutant l'idée d'une augmentation de l'accès involontaire aux dépens du rappel volontaire [28]. Par ailleurs, Rubin et collaborateurs réfutent l'hypothèse défendue par Brewin selon laquelle le souvenir traumatique serait « fragmenté », c'est-à-dire marqué par des anomalies de contenu, de séquence linguistique et de cohérence narrative [29], et serait « désorganisé » parmi l'ensemble des souvenirs autobiographiques précédemment acquis. Rubin et collaborateurs [27], à travers 28 différentes mesures de cohérence mnésique (narrative et globale), n'ont observé aucun effet de fragmentation du souvenir dans la narration d'événements traumatiques chez des sujets souffrant de TSPT. Par ailleurs, aucune interaction n'est retrouvée entre le niveau de cohérence mnésique et la présence d'un TSPT, remettant en question l'hypothèse d'une fragmentation du souvenir traumatique, bien que celle-ci reste communément acceptée et intégrée dans le diagnostic du TSPT. Selon Berntsen et Rubin, il est possible que la difficulté à retrouver des éléments importants de l'événement, pourtant associée à des intrusions massives et répétées, puisse refléter une réduction des processus exécutifs, en partie due à des effets de rumination. Cette hypothèse s'appuie sur les travaux de Williams (2007), qui propose le modèle CaR-FA-X (*Capture and Rumination, Functional Avoidance and Executive Control*) comme explication de la symptomatologie du TSPT. Le manque d'épisodicité du souvenir, soit les détails contextuels et temporels, correspond à un accès privilégié à des détails généraux sans indices sensoriels ou perceptifs. Selon Williams, cet accès privilégié, visible lors du rappel de souvenirs traumatiques ou neutres, résulterait d'un effet conjoint de la rumination, de l'évitement de stimuli émotionnels et de troubles exécutifs empêchant l'inhibition d'informations non pertinentes. La fragmentation du souvenir traumatique lors du rappel volontaire refléterait ainsi une altération des processus exécutifs, un déficit qui, pour autant, n'impacterait pas le rappel involontaire des détails périphériques, celui-ci impliquant moins de ressources exécutives.

Dans une revue de littérature de 19 études, O'Kearney et Perrott [30] observent que les individus TSPT présentent des récits traumatiques davantage sensoriels et perceptifs (bruits, sensations corporelles, odeurs) que contextuels, allant ainsi dans le sens de la théorie de Brewin et al. [20]. Des résultats identiques ont également été obtenus par Crespo et Fernandez-Lansac [31] dans une revue de littérature de 22 études. Toutefois, dans ces deux études, l'analyse de la cohérence des récits traumatiques n'a pas permis de conclure à une fragmentation des éléments rappelés. Selon Brewin [32], les différences de résultats ayant alimenté cette controverse s'expliquent par les diverses mesures ayant été employées pour examiner le niveau de cohérence du souvenir : soit globalement, par l'évaluation de l'ensemble du récit traumatique, soit localement, par l'analyse de segments de narration traumatique, notamment les « hotspots », ces segments narratifs qui causent

la plus grande détresse émotionnelle et que le sujet a tendance à éviter de rappeler [3,21,33,34]. Or, c'est cet oubli volontaire qui permettrait, selon Brewin [32], de mesurer la présence ou non d'une cohérence narrative dans le récit traumatique de l'individu, et qui n'aurait pas été étudié par Rubin et collaborateurs. Par ailleurs, la controverse exprimée autour de la fragmentation du souvenir traumatique pourrait s'expliquer par l'absence d'une définition univoque et consensuelle de celle-ci. Comme le soulignent O'Kearney et Perrott [30], son investigation est rendue difficile par sa conception, différente selon chaque auteur et relativement évolutive ces dernières années. En effet, il semble substituer une différence entre le niveau de cohérence narrative d'un souvenir (contenu, détails épisodiques et perceptifs, segments narratifs) et le niveau de cohésion mnésique de celui-ci par rapport à l'ensemble des souvenirs autobiographiques acquis. Il convient alors de délimiter l'aspect fragmenté et incohérent du souvenir traumatique à l'aspect désorganisé de celui-ci au sein de la structure autobiographique personnelle. Ainsi, tout en réfutant l'aspect fragmenté du souvenir traumatique, Rubin et collaborateurs reconnaissent l'aspect discordant de la mémoire traumatique. Toutefois, au contraire de Brewin, qui suppose une nature désorganisée du souvenir traumatique et un manque d'intégration de celui-ci dans l'histoire de vie du sujet, entraînant sa reviviscence incontrôlée [18], Rubin et al. [27] supposent que l'événement deviendrait central dans l'organisation autobiographique passée et à venir.

La phénoménologie du souvenir et l'expérience de mémoire retrouvée

Au quotidien, être capable de mémoriser les événements passés et de les intégrer efficacement dans une « base » autobiographique permet au sujet de s'approprier ceux-ci et de tisser une narration de vie cohérente pouvant être enrichie de toute expérience passée ou à venir [35,36]. En impliquant le système de mémoire épisodique, les sujets sont capables de se souvenir personnellement des événements passés et de « revenir en arrière » pour les revivre [12,37]. Cette capacité mnésique permet ainsi d'effectuer un « voyage mental dans le temps », soit la capacité à se projeter sur un axe de vie, par une ré-expérience des événements passés et une pré-expérience des événements futurs [12,14,38]. Fortement adaptative [38,39], la reviviscence consciente des éléments passés selon un contexte spatiotemporel autoréférencé contribue, selon Tulving [12,13] au sentiment de continuité dans le temps.

Dans le cadre d'une exposition à un événement traumatique, l'émotion initiale et les troubles mnésiques peuvent fortement altérer ce processus identitaire en constante évolution. Ainsi, le TSPT peut conduire à un changement de vision du monde brutal, entraînant le sujet à redéfinir ce qui faisait ses valeurs, ses croyances personnelles et les attentes qu'il avait et qu'il aura dorénavant envers le monde extérieur [40–44], et ce quelle que soit l'origine de l'événement [45–49]. En partie à cause des altérations mnésiques, les personnes souffrant d'un TSPT sont plus susceptibles d'attribuer un rôle central à l'événement traumatique dans leur conception d'elles-mêmes, cette expérience devenant

une référence centrale dans l'organisation des connaissances autobiographiques et surtout dans l'identité individuelle [2,50–53]. La conception contemporaine du TSPT tend à démontrer l'influence d'une altération initiale de la conscience autoéotique, liée à un stress émotionnel extrême et à un état de dissociation, sur les capacités de mémorisation épisodique ultérieures. À long terme, le souvenir traumatique, associé à de fréquentes intrusions des images ou sensations liées, peut fortement influencer les souvenirs ou objectifs en devenir, le traumatisme initial devenant la référence centrale dans l'organisation autobiographique du sujet.

Toutefois, comment expliquer, chez certains individus, le retour à la conscience du souvenir traumatique des dizaines d'années après sa survenue, s'il est supposé que celui-ci n'ait pu être encodé et mémorisé de façon optimale à la phase initiale ? D'ordinaire, la récupération en mémoire d'un souvenir neutre s'accompagne d'une sensation subjective de reviviscence personnelle, aussi appelée « phénoménologie du souvenir » [54]. L'évocation passive et inattendue du souvenir, appelée « anamnèse » par le philosophe Paul Ricoeur [55], permet la réactivation active du souvenir « mnémé » qui avait été oublié. La question d'une récupération tardive des souvenirs épisodiques, notamment dans le cadre de traumatismes tels que les abus infantiles, est toujours âprement débattue [56]. La théorie de la « répression mnésique » [57] qui postule que des épisodes traumatiques peuvent être « réprimés » c'est-à-dire inaccessibles à la conscience [58] est, depuis plus d'un siècle, l'une des hypothèses les plus discutées dans l'investigation du traumatisme infantile. La victime s'adapterait inconsciemment à l'événement traumatisant et à ses conséquences, en adoptant un style d'encodage dissociant et évitant, pour empêcher une attention marquée sur l'événement et par la suite sa mémorisation à long terme. La répression mnésique constitue ainsi un mécanisme de défense éloignant de la conscience toute sensation, idée ou souvenir émotionnellement intolérables pour le sujet [59–61]. Aujourd'hui, de nombreuses études confirment l'existence de souvenirs passés retrouvés [62] mais ne permettent pas d'identifier quel type de mécanisme inconscient serait en jeu, questionnant l'idée de la « répression mnésique » longtemps débattue [63,64]. Le débat portant sur la récupération mnésique est aujourd'hui enrichi de nouvelles considérations cliniques et scientifiques. Ainsi, la charge émotionnelle allouée à l'événement influencerait nettement l'oubli et la distorsion mnésique, tout comme elle pourrait augmenter la précision du souvenir et le « sentiment subjectif de se souvenir » [72]. Ce sentiment implique un niveau de confiance associé à la récupération du souvenir dépassant celui associé à un souvenir épisodique plus neutre [73,74]. Fort de cette valence émotionnelle, le souvenir traumatique peut faire l'objet d'une récupération vivace des années après avoir été encodé, bien qu'il puisse parfois souffrir de légères déformations inconscientes.

Le débat portant sur la mémoire retrouvée a ainsi permis d'estimer et valoriser des témoignages d'événements traumatiques des années après leur survenue et de démontrer l'effet du traumatisme sur la récupération mnésique associée. Toutefois, ce débat a pu être à l'origine de ce que Schacter nomme une « épidémie sociale », c'est-à-dire

à la prolifération dans les années 1980–1990 de témoignages de souvenirs recouverts durant la thérapie chez des individus se pensant victimes d'abus sexuels anciens [66]. Les recherches portant sur la répression mnésique souffrent ainsi de la proximité terminologique et phénoménologique des « faux souvenirs » [67], ces souvenirs mal mémorisés ou entièrement fabriqués par l'individu [68,69]. Selon Schacter [65], le débat entre mémoire retrouvée et faux souvenirs tient lieu dans la caractéristique fondamentalement inexacte, discordante et suggestible de la mémoire humaine. Même les « souvenirs flash » (« *flashbulb memories* »), qui correspondent à des souvenirs vivaces et détaillés du contexte dans lequel l'individu a appris et mémorisé des connaissances autour d'un événement public majeur, peuvent devenir de plus en plus inconstants avec le temps [70,71]. Ainsi, sans remettre en question la qualité et la véracité de certains souvenirs traumatiques rappelés, il est aujourd'hui important d'admettre que la mémoire épisodique procède à une reformulation personnelle constante du souvenir, dépendante de la qualité de l'encodage incident et des conditions de récupération mnésique associées. Sur ce point, Brewin suppose que, au-delà de la valence émotionnelle et douloureuse de l'événement traumatique, importe également la représentation personnelle de celui-ci par la victime [18]. Ainsi, dans le cadre d'abus infantiles, il est possible que l'événement n'ait pas fait l'objet d'une récupération consciente immédiate, le sujet n'ayant à cette époque pas les ressources nécessaires pour développer une représentation « traumatique » de celui-ci [18,75]. Il peut cependant constituer le point de départ du TSPT à l'âge adulte, au moment où les représentations sexualisées de l'événement initial sont abouties et parfaitement comprises. L'exposition à des facteurs de stress ou d'émotion extrême pourra raviver à tout moment de vie le rappel de la totalité ou d'une partie du souvenir et donner lieu à un TSPT. Brewin rappelle également que l'expérience sociale qui entoure l'événement initial est essentielle : sans discussion, explication, et retour sur l'événement auprès du cercle familial ou social, l'événement traumatique peut ne plus faire partie de l'identité du sujet et échapper à la conscience de nombreuses années [18]. Aussi, la récupération consciente du souvenir traumatique peut être nettement influencée par la présence de l'agresseur dans le cercle familial ou social, le développement d'un sentiment de soi fragmenté ou la tentative volontaire d'oublier l'événement traumatique [18], trois facteurs qui impactent la reconnaissance personnelle du traumatisme.

Selon Smith et Gleaves [61], le débat autour de la répression mnésique ne porterait pas tant sur la validation des hypothèses psychologiques et cognitives longtemps étudiées, mais plutôt sur la validation du témoignage des victimes d'abus infantiles, ou, au contraire, de l'innocence des accusés. La mémoire autobiographique étant par nature dynamique et reconstructive [76], la récupération des souvenirs passés peut impliquer des détails épisodiques déformés inconstants, tout comme elle peut révéler des événements traumatiques véridiques ayant fait l'objet d'un oubli inconscient ou d'une sous-représentation personnelle passée. Plus qu'une question permettant d'étudier la nature de la mémoire humaine, la controverse autour de la mémoire retrouvée consiste finalement en un

vecteur psychologique, juridique et médico-légal puissant [61,64,66,77–80], dont les mécanismes exacts restent pour l'heure hypothétiques et relativement méconnus.

Conclusion

L'altération de la mémoire autobiographique constitue aujourd'hui un élément d'investigation central dans la compréhension du développement et du maintien de la symptomatologie traumatique, bien que la question de ses mécanismes sous-jacents reste pour l'heure toujours débattue. Au travers des nombreux travaux démontrant l'importance du self dans les capacités de mémoire autobiographique, la considération de phénomènes individuels tels que les croyances portées sur soi et autrui comme piste d'investigation nouvelle permet de mieux définir la part de l'identité et du self dans la symptomatologie traumatique. Aussi, comme le rappellent Holland et Kensinger [76], la valence émotionnelle affecte l'information à retenir et sa trace mnésique autant qu'elle conditionne l'information à rappeler. Désormais, étudier la symptomatologie traumatique et son rapport à la mémoire autobiographique implique également de tenir compte des paramètres phénoménologiques, émotionnels et sociaux qui constituent l'expérience traumatique. Toutefois, de nombreuses questions demeurent, et une investigation plus poussée de ces processus cognitifs permettra une redéfinition des modèles théoriques du TSPT.

Déclaration de liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC; 1994.
- [2] Berntsen D, Rubin DC. When a trauma becomes a key to identity: enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Appl Cognit Psychol* 2007;21(4):417–31.
- [3] Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38(4):319–45.
- [4] Halligan SL, Michael T, Clark DM, Ehlers A. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(3):419–31.
- [5] McNally RJ. Cognitive abnormalities in post-traumatic stress disorder. *Trends Cogn Sci* 2006;10(6):271–7.
- [6] Brewin CR. The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7(1):203–27.
- [7] Brewin CR, Holmes EA. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2003;23(3):339–76.
- [8] Miragoli S, Camisasca E, Di Blasio P. Narrative fragmentation in child sexual abuse: the role of age and post-traumatic stress disorder. *Child Abuse Neglect* 2017;73:106–14.
- [9] Neimeyer RA. Fostering posttraumatic growth: a narrative elaboration. *Psychol Inquiry* 2004;15(1):53–9.
- [10] Dayan J, Oliiac B. From hysteria and shell shock to posttraumatic stress disorder: comments on psychoanalytic and neuropsychological approaches. *J Physiol Paris* 2010;104(6):296–302.
- [11] Van der Kolk BA, Fislis R, Hostetler A, Rodriguez J, Vardi D. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J Trauma Stress* 1995;505–25.
- [12] Tulving E. Episodic memory: from mind to brain. *Annu Rev Psychol* 2002;53(1):1–25.
- [13] Tulving E. Episodic memory and auto-noesis: uniquely human? In: *The missing link in cognition: Origins of self-reflective consciousness*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2005. p. 3–56.
- [14] Tulving E. *Elements of Episodic Memory*; 1985.
- [15] Bedard-Gilligan M, Zoellner LA. Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: an evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory* 2012;20(3):277–99.
- [16] Eustache F, Guillery-Girard B, Dayan J. Les liens ténus et complexes entre mémoire et émotions. *Analysis* 2017;1(1):32–8.
- [17] Brewin CR. Autobiographical memory for trauma: update on four controversies. *Memory* 2007;15(3):227–48.
- [18] Brewin CR. A theoretical framework for understanding recovered memory experiences. In: *True and false recovered memories*. New-York: Springer; 2012. p. 149–73.
- [19] Durand F, Isaac C, Januel D. Emotional memory in post-traumatic stress disorder: a systematic PRISMA review of controlled studies. *Front Psychol* 2019;10:303.
- [20] Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev* 1996;103(4):670–86.
- [21] Foa E, Rothbaum BO. *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New-York: The Guilford Press; 1998.
- [22] Brewin CR, Gregory JD, Lipton M, Burgess N. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychol Rev* 2010;117(1):210–32.
- [23] Bisby JA, Burgess N, Brewin CR. Reduced memory coherence for negative events and its relationship to posttraumatic stress disorder. *Curr Dir Psychol Sci* 2020;29(3):267–72.
- [24] Layton B, Krikorian R. Memory mechanisms in posttraumatic stress disorder. *JNP* 2002;14(3):254–61.
- [25] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC; 2013.
- [26] Rubin DC, Berntsen D, Bohni MK. A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychol Rev* 2008;115(4):985–1011.
- [27] Rubin DC, Deffler SA, Ogle CM, Dowell NM, Graesser AC, Beckham JC. Participant, rater, and computer measures of coherence in posttraumatic stress disorder. *J Abnormal Psychol* 2016;125(1):11–25.
- [28] Berntsen D, Rubin DC. Involuntary memories and dissociative amnesia: assessing key assumptions in posttraumatic stress disorder research. *Clin Psychol Sci* 2014;2(2):174–86.
- [29] Gray MJ, Lombardo TW. Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: a critical analysis. *Appl Cognitive Psychol* 2001;15(7):171–86.
- [30] O'Kearney R, Perrott K. Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: a review. *J Traum Stress* 2006;19(1):81–93.
- [31] Crespo M, Fernández-Lansac V. Memory and narrative of traumatic events: a literature review. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy* 2016;8(2):149–56.
- [32] Brewin CR. Coherence, disorganization, and fragmentation in traumatic memory reconsidered: a response to Rubin et al. (2016). *J Abnormal Psychol* 2016;125(7):1011–7.
- [33] Grey N, Holmes E, Brewin CR. Peritraumatic emotional « hot spots » in memory. *Behav Cogn Psychother* 2001;29(3):367–72.
- [34] Holmes EA, Grey N, Young KAD. Intrusive images and « hotspots » of trauma memories in Posttraumatic Stress Disorder: an exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005;36(1):3–17.

- [35] Ben Malek H, Berna F, D'Argembeau A. Envisioning the times of future events: the role of personal goals. *Conscious Cogn* 2018;63:198–205.
- [36] Conway MA. Episodic memories. *Neuropsychologia* 2009;47(11):2305–13.
- [37] Wheeler MA, Stuss DT, Tulving E. Toward a theory of episodic memory: the frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychol Bull* 1997;121(3):331–54.
- [38] Suddendorf T, Corballis M. Mental time travel and the evolution of the human mind. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1997;123:133–67.
- [39] Schacter DL. Adaptive constructive processes and the future of memory. *Am Psychol* 2012;67(8).
- [40] Brown LA, Belli GM, Asnaani A, Foa EB. A Review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cogn Ther Res* 2019;43(1):143–73.
- [41] Dekel S, Peleg T, Solomon Z. The relationship of PTSD to negative cognitions: a 17-year longitudinal study. *Psychiatry Interpers Biol Proc* 2013;76(3):241–55.
- [42] Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther* 2001;39(9):1063–84.
- [43] Keshet H, Foa EB, Gilboa-Schechtman E. Women's self-perceptions in the aftermath of trauma: the role of trauma-centrality and trauma-type. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy* 2019;11(5):542–50.
- [44] Sutherland K, Bryant RA. Autobiographical memory and the self-memory system in posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 2008;22(3):555–60.
- [45] Brewin CR, Garnett R, Andrews B. Trauma, identity and mental health in UK military veterans. *Psychol Med* 2011;41(8):1733–40.
- [46] Brown AD, Antonius D, Kramer M, Root JC, Hirst W. Trauma centrality and PTSD in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *J Traum Stress* 2010;23(4):496–9.
- [47] Chukwuorji JC, Ifeagwazi CM, Eze JE. Role of event centrality and emotion regulation in posttraumatic stress disorder symptoms among internally displaced persons. *Anxiety Stress Coping* 2017;30(6):702–15.
- [48] George LS, Park CL, Chaudoir SR. Examining the relationship between trauma centrality and posttraumatic stress disorder symptoms: a moderated mediation approach. *Traumatology* 2016;22(2):85–93.
- [49] Roland AG, Currier JM, Rojas-Flores L, Herrera S. Event centrality and posttraumatic outcomes in the context of pervasive violence: a study of teachers in El Salvador. *Anxiety Stress Coping* 2014;27(3):335–46.
- [50] Berntsen D, Rubin DC. The centrality of event scale: a measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behav Res Ther* 2006;44(2):219–31.
- [51] da Silva TLG, Donat JC, Lorenzoni PL, de Souza LK, Gauer G, Kristensen CH. Event centrality in trauma and PTSD: relations between event relevance and posttraumatic symptoms. *Psicol Refl Crit* 2016;29(1):34.
- [52] Gehrt TB, Berntsen D, Hoyle RH, Rubin DC. Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2018;65:57–80.
- [53] Robinaugh DJ, McNally RJ. Trauma centrality and PTSD symptom severity in adult survivors of childhood sexual abuse: trauma centrality in CSA. *J Traum Stress* 2011;24(4):483–6.
- [54] Eustache F, Desgranges B. *Les nouveaux chemins de la mémoire*. Le Pommier; 2020.
- [55] Ricoeur P. *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Editions du Seuil; 2000.
- [56] McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol* 2003;54:229–52.
- [57] Loftus EF. Loftus, The repressed memory controversy. *Am Psychol* 1994;49(5):443–5.
- [58] Goodyear-Smith F, Laidlaw TM. Memory recovery and repression: what is the evidence? *Health Care Analysis* 1997;5(2):99–111.
- [59] Loftus EF. The reality of repressed memories. *Am Psychol* 1993;48(5):518.
- [60] Roediger HL, Bergman ET. The controversy over recovered memories. *Psychol Public Policy Law* 1998;4(4):19.
- [61] Smith SM, Gleaves DH. Recovered memories. In: *The Handbook of Eyewitness Psychology: Volume 1: Memory for Events*; 2017.
- [62] Dalenberg C. Recovered memory and the *Daubert* criteria: recovered memory as professionally tested, peer reviewed, and accepted in the relevant scientific community. *Trauma Violence Abuse* 2006;7(4):274–310.
- [63] Davis D, Loftus E. *Repressed Memories*. In: Cautin RL, Lilienfeld SO, editors. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2014. p. 1–3. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118625392.wbpec270>.
- [64] Patihis L, Ho LY, Loftus EF, Herrera ME. Memory experts' beliefs about repressed memory. *Memory* 2018:1–6.
- [65] Schacter DL. Searching for memory: the brain. In: *the mind and the past*. New-York: Basic Books; 1996.
- [66] Otgaar H, Howe ML, Patihis L, Merckelbach H, Lynn SJ, Lilienfeld SO, et al. The return of the repressed: the persistent and problematic claims of long-forgotten trauma. *Perspect Psychol Sci* 2019;14(6):1072–95.
- [67] McNally RJ. Searching for repressed memory. In: *True and False recovered memories*. New-York: Springer; 2012. p. 121–47.
- [68] Hyman Jr IE, Pentland J. The role of mental imagery in the creation of false childhood memories. *J Mem Lang* 1996;35(2):101–17.
- [69] Loftus EF. Planting misinformation in the human mind: a 30-year investigation of the malleability of memory. *Learn Memory* 2005;12(4):361–6.
- [70] Hirst W, Phelps EA. Flashbulb memories. *Curr Dir Psychol Sci* 2016;25(1):36–41.
- [71] Talarico JM, Rubin DC. Confidence, not consistency, characterizes flashbulb memories. *Psychol Sci* 2003;14(5):455–61.
- [72] Sharot T, Delgado MR, Phelps EA. How emotion enhances the feeling of remembering. *Nat Neurosci* 2004;7(12):1376–80.
- [73] Phelps EA, Sharot T. How (and why) emotion enhances the subjective sense of recollection. *Curr Dir Psychol Sci* 2008;17(2):147–52.
- [74] Rimmele U, Davachi L, Petrov R, Dougal S, Phelps EA. Emotion enhances the subjective feeling of remembering, despite lower accuracy for contextual details. *Emotion* 2011;11(3):553–62.
- [75] Brewin CR. Memory and forgetting. *Curr Psychiatry Rep* 2018;20(10).
- [76] Holland AC, Kensinger EA. Emotion and autobiographical memory. *Phys Life Rev* 2010;7(1):88–131.
- [77] Goodman GS, Gonzalves L, Wolpe S. False memories and true memories of childhood trauma: balancing the risks. *Clin Psychol Sci* 2019;7(1):29–31.
- [78] Paris J. A critical review of recovered memories in psychotherapy: Part I—Trauma and Memory. *Can J Psychiatry* 1996;41(4):201–5.
- [79] Brewin CR, Burgess N. Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: a response to Pearson and colleagues. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014;45(1):217–9.
- [80] Patihis L, Ho LY, Tingen IW, Lilienfeld SO, Loftus EF. Are the "Memory Wars" over? A scientist-practitioner gap in beliefs about repressed memory. *Psychol Sci* 2014;25(2):519–30.