

Pr Léandre Simbananiye
Université du Burundi
Faculté de psychologie et des sciences de l'Education
Département de Psychologie

Cours de Traumatisme Psychologique (MPSY1108). 60h

Master 1 Psychologie. AA 2025-2026

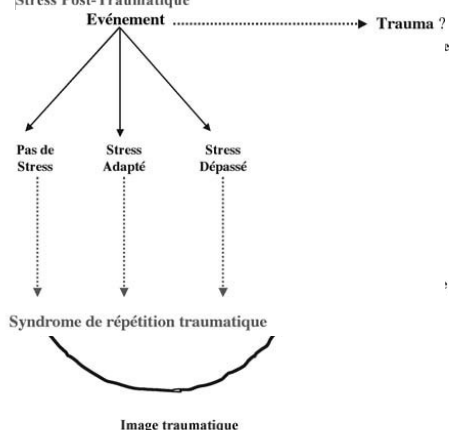


Fiche descriptive du Cours de Traumatisme psychologique

Processus	Paramètres	Description
Elaboration	Thème	L'homme et son psychisme
	Objectif général	Saisir le fonctionnement psychique et ses perturbations
	Prérequis	- Connaissances en psychologie générale - Connaissances en psychologie clinique - Connaissances en psychopathologie - Maitrise de la langue d'enseignement
	Objectifs spécifiques	- Développer les connaissances sur les mécanismes de fonctionnement normal du psychisme. - Différencier le traumatisme psychologique des autres souffrances psychiques. - Saisir la nature des stimulations environnementales et leurs effets sur le psychisme - Développer les connaissances sur le diagnostic de comportements liés au traumatisme psychique.

	Conditions générales	Enseignement magistral : TD : individuel et en groupes A l'aide des livres et articles les étudiants effectuent des travaux de recherche dans le domaine du traumatisme psychologique, et partage des lectures en classe
	Bref contenu	- Causes du traumatisme psychologique et son incidence sur le plan individuel, familial et communautaire - Clinique du traumatisme psychologique - Prise en charge psychothérapeutique des personnes souffrant de traumatisme psychologique.
	Références bibliographiques	Ouvrages sur le traumatisme Psychologique (L.Crocq , A.Iglesias, C. Duchène, Y. Auxéméry,),
	Informations	- Syllabus du cours ; - Ouvrages et articles divers ; sources web - Echanges entre étudiants d'une part et entre étudiants et professeur d'autre part.
	Activités	- Se procurer du support de cours - Se présenter en classe et participer activement - S'imprégner du contenu du cours - Effectuer individuellement et / ou en groupes des travaux dirigés - Exposer les contenus des travaux et animer les débats
Intervention	Déroulement	- Fixation des consignes générales sur le déroulement de l'ECUE - Préparation des thèmes d'études - Echange sur le contenu et la méthode - Enseignement magistral - Travaux dirigés - Compte rendu des TD et discussions
	Productions	• Rapports de travaux et animation des débats ; • Rapports sur les lectures conseillées
	Motivation	Le cours aborde des réalités sociales vécues ou vues au quotidien en rapport avec les traumatismes psychiques
	Interactions	Echanges entre enseignant et étudiants (enseignement magistral) et inter étudiants dans le cadre des travaux de groupe.
		Notation des travaux de groupe et évaluation sommative des étudiants sur le contenu de l'enseignement magistral

Stress et trauma
Stress Post-Traumatique



Introduction

Concepts clés

Concepts du traumatisme psychologique

Le traumatisme psychologique

Les traumatismes psychologiques

1.3. Les différents types de prises en charge globale du traumatisme

Chapitre 2. Clinique du traumatisme Unique (de type 1)

2.1. L'événement traumatique et ses suites immédiates

2.2. Phase dite « de latence »

2.3. Perpétuel retour du trauma par les reviviscence

2.4. Trouble de stress post-traumatique chez l'adulte (critères diagnostiques simplifiés d'après le DSM-5-TR, les items renvoyant à la dissociation sont soulignés)

2.5. En l'absence de soins, les troubles psychiques post-traumatiques s'aggravent dans le temps

- 2.6. Fluctuation des symptômes dans la durée
- 2.7. La dissociation continue de se diffuser et péjore l'agentivité
- 2.8. Révolutions portées par la psycholinguistique contemporaine
- 2.9. Syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT)
- 2.10. Cohérence de la SPLIT-10 avec la nosographie du DSM-5-TR

Chapitre 3. Approche psychanalytique du traumatisme psychique

- 3.1. Bref historique
- 3.2. Clinique du traumatisme psychique
- 3.3. Stress et trauma
- 3.4. Psychopathologie du trauma et ses incidences dans la clinique
- 3.5. Les effets immédiats et précoces
- 3.6. Les troubles post-immédiats et à long terme
- 3.7. La névrose traumatique
- 3.8. Évolutions de la névrose traumatique
- 3.9. La thérapeutique

Chapitre 1. Généralités introductives

Le traumatisme psychologique constitue une réalité clinique complexe, aux résonances tant individuelles que collectives. Qu'il résulte d'une catastrophe naturelle, d'un acte de violence ou d'une perte soudaine, il touche à la fois le corps et l'esprit, laissant des traces durables dont l'intensité varie selon la vulnérabilité et l'histoire de chaque sujet.

L'objectif de ce document est de fournir une synthèse des connaissances actuelles sur le traumatisme psychologique : de sa définition et de ses manifestations cliniques aux modalités de prise en charge immédiate et post-immédiate.

Ce travail explore les apports des classifications nosographiques, notamment le DSM-5, ainsi que les modèles d'intervention développés par Salmon, Sokol et Mitchell. Il s'articule autour des définitions clés du traumatisme, des événements déclencheurs, de ses caractéristiques et symptômes, avant d'aborder en détail les stratégies thérapeutiques immédiats et post-immédiats.

1.1. Définitions des concepts clés.

Traumatisme

Le traumatisme, du grec trauma, est une blessure grave et soudaine qui peut affecter le corps ou l'esprit et qui va entraîner des transformations durables, plus ou moins réversibles et sévères chez le sujet qui s'en trouve affecté (Dictionnaire de sociologie clinique, 2019).

Traumatisme psychologique

Selon le manuel diagnostique *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, le traumatisme est lié à l'exposition à une menace de mort, une blessure grave ou une violence, vécue directement, comme témoin ou de manière indirecte, pouvant conduire à un trouble de stress post-traumatique.

Il s'agit d'une détresse émotionnelle grave causée par une réaction accrue de lutte, de fuite et d'immobilisation lors d'un événement traumatisant. Chaque personne peut avoir une interprétation ou une réaction différente aux événements, de sorte que ce qui est traumatisant pour une personne peut ne pas l'être pour une autre.

Les événements traumatisants.

Les événements traumatisants sont des événements gravement perturbants, dangereux ou qui mettent la vie en danger. Ces événements produisent des effets qui portent atteinte au bien-être psychologique ou physique d'une personne ([Reachlink, 2025](#)).

Les événements traumatisants peuvent inclure, sans s'y limiter, les éléments suivants : les catastrophes naturelles, telles que les incendies, les tremblements de terre, les tornades ou

les ouragans, agressions physiques ou sexuelles, exposition à des actes de guerre ou de terrorisme, implication dans un accident de voiture ou un accident sur le lieu de travail, la mort inattendue d'un être cher, surtout si elle est inattendue ou violente, ...

Les effets de ces événements peuvent persister pendant des années, surtout en l'absence d'intervention. Parmi les effets les plus courants d'un traumatisme non traité, on peut citer : consommation d'alcool et de drogues, repli social, hostilité, la dépression, comportement compulsif, promiscuité sexuelle.

1.2. Les caractéristiques du traumatisme psychologique

Selon LEBIGOT(2005), les traumatismes psychologiques sont caractérisés par 4 éléments, qui sont :

- ❖ **Rencontre avec le réel de la mort** : il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient. L'image du néant va rester incrustée, dans l'appareil psychique, comme « un corps étranger interne ». Cette incrustation d'une image de la mort va se faire dans trois types de circonstances : la vie du sujet lui-même qui est menacée, Le réel de la mort est perçu à travers la mort de l'autre et le traumatisme psychique chez des personnes impliquées dans la mort de l'autre, préparées à la mort de l'autre, puisqu'elles en sont les auteurs.
- ❖ **Effroi** : est l'état du sujet au moment du traumatisme. Le sujet perçoit un vide complet de sa pensée (perte de paroles), ne ressent rien (sentiment de deshumanisation), en particulier ni peur ni angoisse.
- ❖ **Soudaineté** : l'événement traumatique apparaît brutalement et comme une surprise.
- ❖ **Perception et sensation** : ça renvoi à la manière dont chacun à percevoir les choses. Ce qui est traumatisant pour une personne peut ne pas l'être pour une autre. Les sens sont aussi concernés quand une personne vit un événement traumatogène (les bruits, les odeurs, les sensations tactiles, olfactive et gustatives reviennent telles que vécues et signent le syndrome de répétition)

1.3. Les symptômes du traumatisme psychologique

Selon OMS (Genève,2013), les principales catégories de symptômes sont :

- **Intrusion et Reviviscence** : Pensées répétitives, souvenirs envahissants, cauchemars et flashbacks où l'événement est revécu avec intensité.
- **Évitement** : Efforts pour éviter les lieux, personnes, pensées ou émotions liés au traumatisme.
- **Hyperréactivité**: Hypervigilance, réactions de sursaut exagérées, irritabilité, comportements violents ou autodestructeurs, et troubles du sommeil.
- **Altérations Cognitives et Émotionnelles** : Pensées négatives sur soi/le monde, sentiment de détachement, perte de plaisir, amnésie dissociative ou état de "sidération".

1.4. Traitement des traumatismes psychologiques

Traitements immédiats

Dans la prise en charge des traumatismes psychologiques, ces soins jouent un rôle crucial. Tout d'abord, ils visent le soulagement de la souffrance psychique éprouvée par le sujet après le passage à l'événement. Le but n'est pas d'arrêter le traumatisme ou d'empêcher son apparition ultérieure mais de calmer la douleur mais aussi la souffrance du sujet (Lebigot, 2005).

Les soins immédiats permettent également au victime l'amoindrissement du sentiment d'abandon déterminé par le moment d'effroi où toutes les pensées se sont détruites, aide également le sujet à renouer des liens avec d'autres personnes après ce moment où les mots se sont absents.

Les soins psychiques immédiats ont pour but le déhoccage du sujet et le désamorçage du risque d'évolution défavorable. Donc c'est le **déhoccage** et le **désamorçage** qui font le défusing.

Les buts du défusing sont :

- Assurer une présence calme et sécurisante. Cette présence exerce une fonction de contenant contre toute menace d'effraction, contre aussi le risque de débordement émotionnel ;
- Inviter le sujet à s'exprimer, c'est à dire lui offrir une activité qui l'arrache de son

inhibition et répond à un besoin de transformer son expérience sensorielle en mots (fonction cathartique) ;

- Apaiser et rassurer ;
- Informer sur l'évènement et les symptômes soit oralement, soit par notice ;
- Dépister les traumatismes et identifier les symptômes de stress.

Les soins immédiats ont une double fonction :

1.Fonction d'accueil et de présence : après l'évènement le sujet peut se retrouver dans une *situation inhumaine* marquée parfois par une solitude, dans ce cas alors les messages de soutien liés à la fraternité et les soins des médecins qui se concentrent seulement sur l'organe malade au lieu de la personne dans son ensemble ne suffisent pas mais les psychologues et les psychiatres doivent également intervenir pour aider le sujet à s'exprimer en prononçant des mots en rapport avec l'évènement ce qui va aider le victime d'entrer encore en relation avec autrui.

2.Fonction d'interlocution : Après l'évènement, la victime est dans un état d'effroi où il n'a plus des mots à dire, donc un silence incontestable. Il pense qu'il n'est plus communicable et que quelqu'un d'autre ne peut lui comprendre en pensant qu'il a vécu quelque chose lui privant directement de la relation avec autrui mais aussi un enjeu pour tous les relations langagières.

C'est alors le bon moment pour qu'un professionnel de la santé mentale puisse intervenir en abordant la victime, en lui parlant, touchant..., donc on essaie d'entrer en relation avec lui et parmi ce qu'il va évoquer ne manquera pas des choses en rapport avec l'évènement et le sujet va finir en constatant que la relation est toujours possible et ceci va apaiser sa souffrance mais aussi changement des mentalités. Ici le professionnel se présente comme le futur interlocuteur du sujet traumatisé.

La contribution de Thomas Salmon dans traitement immédiate du traumatisme psychiques.

Cet auteur évoque 4 principes à savoir :

-**Immédiateté** : ne pas laisser le sujet s'amorcer à la méditation solitaire qui suggère le renforcement des symptômes.

-**Proximité** : maintenir le sujet dans l'atmosphère de l'évènement, quitte à le laisser continuer à confronter cet événement (rescapés d'un accident d'un avion ou victimes des catastrophes naturelles).

-**Espérance de guérison** : le patient doit être convaincu qu'il va certainement guérir de sa pathologie fonctionnelle et transitoire.

-**la simplicité** : on ne doit recourir qu'à des méthodes simples, des techniques classiques d'écoute et de soutien émotionnel.

Les soins post-immédiats(débriefing)

Le terme *debriefing* est né pendant la seconde guerre mondiale précisément aux États-Unis d'Amérique. Il désigne un acte thérapeutique qui cherche à permettre aux individus d'élaborer leur expérience traumatique ou, au moins, d'être mis sur la voie de pouvoir le faire, soit spontanément, soit avec l'aide d'un soignant.

Après l'évènement, des rencontres avec les professionnels de la santé peuvent être proposés pour la victime comme continuum thérapeutique et il s'agit entre autres :

- **Débriefing collectif** : qui concerne précisément des groupes de victimes qui ont vécu l'évènement au même moment. Il s'agit des groupes de sujets ayant auparavant l'habitude de travailler ensemble comme les soldats, les banquiers, policiers etc., ici, chacun doit s'exprime de sa façon et ne doit pas porter de jugement sur ce qui est exprimé par les autres, car ce qui est dit par autrui peut l'aider à son tour de formuler l'expression de son propre vécu.

- **Débriefing individuel** : consiste à aider la victime à raconter de manière détaillée l'ensemble de l'évènement. Il peut se faire en une séance unique ou en plusieurs séances. Cependant, il est préférable que le débriefing proprement dit soit fait en une seule fois.

- **Groupe de parole** : Ici, les professionnels de santé essaient de regrouper les victimes dans des groupes de 4 à 5 par exemple pour qu'ils puissent partager leurs expériences et chacun a droit de s'exprimer n'importe comment il veut mais aussi de réagir aux comportements et aux expériences des autres.

Deux éléments sont décisifs pour justifier le choix de telle ou telle méthode :

Le sujet appartient à un groupe constitué et qui a affronté ensemble l'évènement. Ici la thérapie vise à traiter le sujet et à restaurer la cohésion du groupe mise à mal par le spectacle de la mort. Cette situation est l'indication idéale pour la pratique du débriefing collectif

Le sujet n'appartient pas à un groupe constitué : en ce cas on peut utiliser trois méthodes d'intervention : l'entretien individuel, le débriefing individuel ou le groupe de parole.

- **Le debriefing Selon Sokol (1980)**

Selon Sokol, bénéficier du débriefing individuel ou collectif dépend du fait que la victime a mis en place ses propres mécanismes de défense, récupérer ses émotions éventuelles

mais aussi réduction du taux de cortisol.

Dans le débriefing de Sokol, le sujet est recommandé à donner le compte rendu de l'évènement ou de l'action qu'il a menée et des émotions qu'il a éprouvées. Le but est de permettre au sujet de s'en sortir du stress afin de récupérer au plus vite son fonctionnement antérieur (capacité opérationnelle).

Selon cet auteur la séance du débriefing comprend 4 phases (Lebigot, 2005, p. 137-138) :

1. **Phase de préparation** qui renvoie à une organisation logistique de la réunion.
2. **Phase d'extraction-triage** : qui est la première rencontre informelle entre la victime et les membres de l'équipe, ici on favorise l'action de soutien en aidant également la victime à produire les premières verbalisations
3. **Phase de débriefing proprement dit** ; Il a lieu parfois avec un certain délai à cause des exigences d'autres intervenants : accueil officiel, enquêtes, soins médicaux, etc. ;
4. **Phase de réinsertion** : le moment où l'équipe soignante invite toutes les victimes à reprendre leur autonomie. Ici, l'équipe prend contact des parents ou des proches des victimes pour que la convalescence s'effectue dans les meilleures conditions possibles.

- **Le débriefing Selon Mitchell (1995)**

Mitchell a élaboré un protocole en sept phases, décrit par Lebigot (2005, p. 139-146) :

Introduction : Elle a une double fonction : c'est le moment où l'équipe de débriefeurs présente au groupe la façon dont la séance va se dérouler et c'est aussi le moment où cette équipe assure son leadership sur le groupe.

- ✓ **Les faits** : cette étape consiste en un tour de table au cours duquel chacun se présente et raconte les événements tels qu'il les a perçus.
- ✓ **Les réflexions** : Mitchell dit peu de choses sur cette étape, si ce n'est que le surgissement des émotions paraît inévitable et lui pose les mêmes problèmes que précédemment, même s'il s'efforce de trouver dans ces débordements de réactions le signe que le débriefing marche bien.
- ✓ **Les réactions** : À ce point du débriefing, il n'y a pas de tour de table, la discussion est libre et les débriefeurs interviennent peu.
- ✓ **Les symptômes** : cette étape permet aux individus de recouvrer leurs mécanismes de défense habituels.
- ✓ **La phase didactique** : Elle prend logiquement la suite de la phase précédente, où les symptômes de stress ont été décrits, par la réaffirmation de la normalité de toutes ces réactions à l'expérience vécue.
- ✓ **La rentrée** : Il s'agit maintenant de clore le débriefing et d'aborder brièvement des questions en suspens. Après avoir répondu aux questions qui leur sont posées, les débriefeurs donnent des informations orales et écrites sur la question du stress, puis chacun d'eux formule une conclusion qui se veut positive. Les participants peuvent faire de même sans qu'ils y soient formellement invités.

1.5. Les différents types de prises en charge globale du traumatisme.

Les psychothérapies à long terme pour les traumatismes psychologiques visent à traiter les symptômes profonds et durables, tels que le TSPT complexe. Les approches principales incluent la thérapie psychodynamique, les TCC centrées sur le trauma, l'EMDR et la thérapie interpersonnelle, permettant de restructurer les pensées, gérer les émotions et retraiter les souvenirs douloureux sur une période prolongée (Foa, E.B., et Meadows, E.A., 2005).

Les principales techniques psychothérapeutiques à long terme pour le trauma:

1. **Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)** : Reconnue pour le TSPT, elle aide à modifier les pensées et comportements liés au trauma. Inclut souvent l'exposition prolongée pour diminuer l'évitement.
2. **Thérapie Psychodynamique** : Elle part du principe que l'évènement traumatique ne se limite pas à un souvenir douloureux mais peut aussi affecter le rapport du victime au monde, aux autres et à soi-même. Cette approche long terme consiste à explorer l'histoire de vie du victime, son inconscient mais aussi les mécanismes de défense mise en place pour faire face à la souffrance. Le thérapeute cherche alors à donner un sens au traumatisme pour que la victime puisse comprendre pourquoi ce trauma a eu un impact aussi fort chez elle mais aussi à réparer les structures de la personnalité.
3. **EMDR (Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires)** : Elle postule que notre cerveau possède un système naturel de digestion de l'information mais aussi actif pendant le sommeil paradoxal et qu'un trauma peut bloquer ce processus. Alors cette thérapie est jugée efficace pour retraiter les souvenirs traumatiques pour qu'il cesse de provoquer des réactions de détresse au présent.

4. **Thérapie Interpersonnelle (TIP)** : Se concentre sur les relations et la communication pour améliorer le fonctionnement social après un trauma.
5. **Les traitements médicamenteux** : Certains médicaments comme les antidépresseurs ont également une action bénéfique surtout si la personne est déprimée. Ces antidépresseurs peuvent être par exemple la paroxétine et la sertraline qui sont également les seules molécules ayant une indication officielle dans le traitement du stress post-traumatique ([Vidal, 2020](#)).
6. **L'activité physique** : L'activité physique adaptée (APA) fait partie des traitements non médicamenteux de l'état de stress post-traumatique (ESPT). En effet, la pratique régulière d'une activité physique contribue à une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi, une réduction du stress et favorise la reconstruction de l'image de soi. De nombreuses activités sportives peuvent être adaptées pour pouvoir être pratiquées par les personnes souffrant de ESPT : par exemple, la danse, le jogging et la natation.

En définitive, le traumatisme psychologique se révèle comme une blessure invisible mais profonde, susceptible d'altérer durablement le rapport à soi, aux autres et au monde. Sa reconnaissance passe par une compréhension fine de ses manifestations, intrusions, évitement, hyperréactivité, altérations cognitives et par une prise en compte de la subjectivité de chaque victime, car ce qui constitue un traumatisme pour l'un peut ne pas l'être pour un autre.

Sur le plan thérapeutique, l'urgence n'est pas seulement médicale mais aussi relationnelle : les soins immédiats (défusing) visent à contenir l'effroi, à rétablir le lien social et à désamorcer l'évolution défavorable, tandis que les interventions post-immédiates (débriefing individuel ou collectif, groupes de parole) offrent un cadre d'élaboration de l'expérience traumatique.

Les contributions de Salmon, Sokol et Mitchell soulignent l'importance de principes communs d'immédiateté, de proximité, de simplicité, d'écoute active et d'une adaptation au contexte et à la dynamique groupale. En dépit des débats sur l'efficacité respective des différentes méthodes, il apparaît fondamental de ne pas laisser la victime seule face à son vécu, mais de lui proposer une présence sécurisante et des espaces de verbalisation, seuls garants d'une possible résilience.

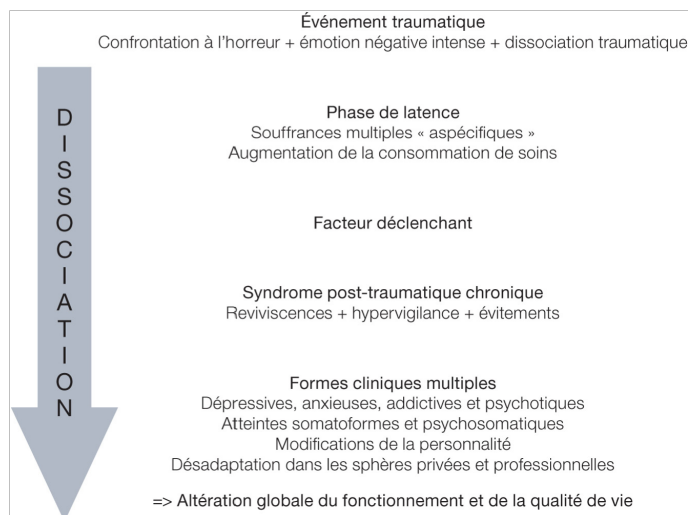
Chapitre 2. Clinique du traumatisme Unique (de type 1)

La clinique du traumatisme unique, dit « de type 1 », se structure en quatre grandes séquences :

1. le traumatisme et sa réaction psychique immédiate ;
2. une phase de calme relatif dite « de latence » ;
3. le retour des reviviscences sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT)
4. de multiples conséquences psychiques, physiques et sociales.

Ce chapitre a été écrit afin d'être lu chronologiquement, mais aussi antichronologiquement, en commençant donc par sa fin. Chronologiquement, le lecteur cheminera suivant la structuration des troubles à partir de l'événement traumatique. En sens inverse des chapitres, le lecteur pourra établir progressivement son diagnostic à rebours, reconstruisant l'évolution clinique du patient en remontant progressivement jusqu'à l'événement causal des souffrances.

Quels que soient les symptômes présentés, symptômes souvent intenses et prolongés, le diagnostic est souvent difficile car ses origines traumatiques restent le plus souvent tues, ce qui constitue un élément clinique à part entière, et même cardinal. Afin d'établir un bon diagnostic positif, avec ses degrés éventuels de gravité, il nous faut comprendre cette clinique traumatique à la fois « bruyante et invisible » ([figure 2.1](#)).



Figure

2.1.

Chronologie des troubles post-traumatiques dans le temps.

2.1. L'événement traumatique et ses suites immédiates

Emprunté à la chirurgie de guerre, le terme de « trauma » a été conceptualisé en psychologie sous le vocable de « traumatisme psychique » afin de rendre compte d'une **blessure psychique**. Si toute circonstance violemment perçue peut perturber l'équilibre d'un individu (rupture sentimentale, difficultés professionnelles, etc.), dans le langage spécialisé psychologique et psychiatrique, on parle d'« événement traumatique » lorsque trois éléments cliniques s'associent :

- **Confrontation brutale et directe à la mort** (pour soi ou pour autrui) et/ou à une scène horrificante comme une blessure grave, une agression, un cataclysme, etc ;

- **Détresse péritraumatique** correspondant à une intense charge d'émotion négative de peur, d'impuissance, d'effroi, de colère, de culpabilité, de dégoût et/ou d'horreur, etc. Ces émotions négatives peuvent se télescoper, voire étonnamment s'associer à des manifestations d'émotions positives tels des rires ou des chantonnements... ou bien n'être plus du tout ressenties, ce que l'on appelle alors l'alexithymie qui manifeste, déjà, la dissociation ;

- **Dissociation péritraumatique** correspondant à une altération et/ou une disjonction des fonctions neuropsychologiques qui s'intègrent normalement harmonieusement entre elles (mémoires, émotions, affects, sentiments, perceptions internes et environnementales, actions comportementales, cognitions, langage, etc.). Les couleurs, sons, odeurs, perceptions physiques se détachent, s'éloignent les uns des autres ; les processus cognitifs d'attention, de concentration et de raisonnement sont à la peine. La mémoire se fragmente en ses dimensions implicites (sensorielles et perceptives), procédurales (automatismes inconscients notamment moteurs) et explicites (représentations conscientes). Pour donner une image, c'est comme si les instruments d'un orchestre jouaient la même partition mais sans être en phase les uns avec les autres, entraînant la cacophonie, tandis que d'autres instruments restent silencieux alors qu'ils devraient jouer.

Cliniquement, les troubles dissociatifs aigus se manifestent par trois grandes catégories de symptômes intégrant :

- **Déréalisation** : sentiment que l'environnement est irréel avec altération des couleurs, des sons, des formes, ralentissement ou accélération du temps (détérioration), absence de distinction entre passé et présent, le tout vécu avec un sentiment d'irréalité, d'inhabituel, d'être dans un rêve, de voir le monde à travers un filtre, etc. ;

- **Dépersonnalisation** (pendant de la déréalisation concernant le soi) : impression de morcellement de son corps, désomatisation (impression de modification de volume, de forme, de poids des parties du corps, voire migrations de celles-ci en dehors du corps), anesthésie des perceptions et des affects, étonnement du son de sa propre voix ou de son image perçue dans un reflet, conduites motrices automatiques (adaptées ou non à la situation traversée), impression de voir la scène de l'extérieur (« expérience hors du corps »), le tout vécu dans un sentiment d'irréalité de soi comme si l'on était devenu un

personnage de cauchemar ou de film, comme si l'on était devenu étranger à soi-même. La conscience de soi est altérée : le sujet devient le spectateur déconnecté de ses perceptions et actions, sans avoir l'impression que c'est lui qui agit, son esprit restant relayé à distance : c'est comme un autre que moi, en bas, qui se fait malmené, et que j'aperçois de là-haut, d'un coin de la pièce ou du ciel, sans complètement croire à cette scène étrange ; ■

Amnésie partielle ou étendue des faits : la scène est marquée de « creux », de lacunes, de passages « vides » de toute mémorisation, comme si des séquences de la pellicule d'un film avaient été enlevées. Parallèlement, les éléments bien mémorisés deviendront « hypermnésiques » et se manifesteront dans les reviviscences. Donnons quelques exemples de dissociation péritraumatique :

■ Une personne victime d'un attentat ressentira une grande quiétude silencieuse alors que les balles sifflent toujours autour d'elle ;

■ Un piéton apercevant une voiture qui va le percuter constate que plus la voiture se rapproche de lui, plus le temps subjectif se ralentit... jusqu'au choc ;

■ Une personne prise en otage dans une agence bancaire verra cette scène en miniature comme si elle la regardait dans un canon de fusil (micropsie) ;

■ Au milieu de grosses turbulences, un pilote de ligne confronté à un risque de crash arrivera à mettre en œuvre de manière automatique, sans s'en rendre compte, les procédures qu'il a maintes et maintes fois répétées à l'entraînement. Différemment, appelé sur un accident de la route impliquant de nombreux blessés, un médecin urgentiste se répétera en tête le protocole médical qu'il doit appliquer, sans être capable de le mettre en œuvre concrètement. Dans le premier cas, la dissociation peut être considérée comme adaptée à la situation car le pilote évite le crash. Dans le second cas, la dissociation est délétère car elle empêche le médecin de prendre en charge les patients.

Face à un événement brutal (quoique parfois prévisible), l'être humain, comme de nombreux animaux, a tendance à répondre par réflexe selon l'une des trois modalités suivantes (qui en pratique peuvent s'associer au cours du même événement) :

- **Fuite** de manière centrifuge par rapport au lieu de l'événement, parfois de manière panique et collective ;

- **Combat** avec quelquefois surexposition au danger de manière intrépide ;

- **Figement** pouvant être adapté ou non à la survie.

On retiendra cette « triade des F » selon les termes anglais : *flight, fight, freeze*.

Correspondant plutôt au *freeze*, le mécanisme de dissociation semble souvent, sur le coup, « protéger » le sujet blessé psychique, en figeant ses pensées, en coupant son esprit de son corps. Cela est particulièrement le cas lors des agressions sexuelles si une personne victime se voit « anesthésiée », au moins partiellement, de ses sensations corporelles, voire éprouve une expérience « hors de son corps » (ce que les Anglo-Saxons nomment *Out of Body Experience*). Si dans l'instant la dissociation peut « protéger » le sujet, lorsqu'elle se pérennise, elle devient toujours délétère et s'aggrave.

Insistons sur le fait que toute confrontation à la mort ou à ses « équivalents » n'est que *potentiellement* psychotraumatique : la blessure psychique est définie comme consubstantielle d'une détresse et/ou d'une dissociation. Bien sûr, certaines situations psychotraumatiques sont telles (agression grave, torture, etc.) qu'une majorité des sujets confrontés souffriront des conséquences d'une blessure psychique. Aussi, dans les suites d'un événement potentiellement psychotraumatique, chacun peut éprouver une blessure psychique, quels que soient son passé, sa personnalité, son état physique et mental à ce moment-là. En d'autres termes, aucune organisation de personnalité ne garantit à coup sûr une protection contre le traumatisme psychique. La notion de brutalité d'un événement « exceptionnel » reste à comprendre au cas par cas. Par exemple, dans le cadre de leurs fonctions professionnelles, un soldat ou un personnel soignant peuvent côtoyer régulièrement la mort sans difficulté apparente. Mais un jour, survenant dans un contexte d'épuisement, de stress prolongé ou de bouleversement existentiel, une situation ressemblant à tant d'autres déjà traversées va causer une blessure psychique. Pourquoi ce jour-là ? Pourquoi cette fois-ci ? Pour l'heure, du côté du sujet blessé psychique, cela reste une énigme, un indicible éprouvé dans cet instant de « disparition » ponctuelle du langage.

Le traumatisme psychique unique survient au cours d'un instant déterminé se prolongeant de plusieurs secondes à plusieurs jours :

■ Quelques secondes avec aperçu fugace d'une image par exemple ;

■ Quelques heures dans certains cas d'agressions ;

■ Quelques jours dans les suites d'un cataclysme ou d'un conflit armé avant que les populations ne fuient.

Au-delà de ces temporalités, il conviendra de parler de traumatismes complexes de type 2

(incluant les adversités de l'enfance) ou de type 3 (violences macrosociétales). Toutefois, à l'intérieur d'une situation traumatisante unique peuvent survenir plusieurs blessures psychiques. Pour exemple, lors d'une prise d'otages de quelques heures, pourront s'associer : la menace directe d'une arme, la vue du corps d'un co-otage agonisant, les blessures effroyables d'une autre victime.

Dans les suites immédiates de la confrontation traumatique, existent deux types de réactions cliniques « opposées ».

■ **Réactions en apparence calmes** mais faussement rassurantes et passant facilement inaperçues avec : stupeur, sidération, confusion, inertie cognitive, paralysie somatoforme, manque de réactivité affective, retrait, insensibilité à l'environnement, mutisme, etc. Pour certains sujets qui traverseront l'épreuve avec une apparente facilité, « facilité » sans doute causée par la dissociation, une fois le retour à la sécurité, la secondaire prise de conscience des risques éprouvés structurera, a posteriori de quelques heures, la blessure psychique.

■ **Réactions bruyantes** facilement détectables mais perturbant parfois l'organisation des secours : panique individuelle ou collective, déambulations incessantes, agitation désordonnée et improductive, tremblements, angoisse expressive, réactions agressives, crises maniaques, symptômes hallucinatoires ou délirants, gestes mécaniques stéréotypés, cognitions tournant en boucle, etc.

Il convient également de mentionner les **atteintes physiques aiguës** : gastrite de stress, voire ulcère gastroduodénal, hypertension artérielle génératrice de souffrance vasculaire cardiaque ou cérébrale, poussée de psoriasis en goutte, dysthyroïdie aiguë, choriorétinite séreuse centrale, etc.

En fonction des situations traumatisantes et des sujets y étant confrontés, existeront de multiples réactions dont les symptômes peuvent fluctuer. Cette clinique très diversifiée reste déterminée par la dissociation et le stress aigu « dépassé », deux notions, celles du trauma et du stress, qui en pratique se confondent le plus souvent car il est cliniquement difficile (voire impossible) de les différencier en postimmédiat. Au cours des heures, voire au cours des jours suivant la confrontation traumatique, ce qui s'avère être spécifique de la blessure psychique constitue un accaparement du sujet par ce qu'il vient de traverser... ou plutôt qui se répète et se répète en boucle dans son esprit, envahi par les reviviscences de cette expérience. Il n'est pas rare qu'une personne blessée psychique demeure captive de cette horreur pendant plusieurs jours, voire pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'un soignant puisse la « réveiller » de cet enfer en la ramenant à la réalité, à la sécurité de l'ici et maintenant. Pour exemple, une patiente confrontée à un braquage dans une bijouterie voyait toujours, une fois recluse chez elle, les malfrats qui étaient dans sa chambre et la tenaient en joue. Elle savait pourtant bien que ces derniers avaient été arrêtés. Autre exemple, un patient que nous avons accueilli aux urgences, dans les suites d'un attentat, demeurerait psychiquement dans cette scène vécue plusieurs jours auparavant, mais qui continuait à se dérouler devant ses yeux apeurés. Incapable de répondre aux questions que lui posaient les infirmiers, il fallut le soutenir énergiquement par l'épaule, puis hausser notre voix, afin de l'extraire de l'épouvante et commencer à le ramener dans le monde des vivants.

Ensuite, devant toujours être surveillés, les troubles évoluent selon trois perspectives :

Guérison spontanée en quelques jours ou semaines, avec apaisement durable de tous les symptômes selon un processus naturel. La scène traumatique perd son acmé d'horreur, ses caractéristiques sensorielles se transforment en souvenir pénible, mais non pathologique ;

Entrée d'emblée vers la chronicité en constituant un trouble de stress post-traumatique, d'après plusieurs facteurs de risque : y Intensité et durée de la détresse et de la dissociation péritraumatiques,

- ☒ Intensité du trouble de stress aigu avec reviviscences particulièrement envahissantes,
- ☒ Activation neurophysiologique avec tachycardie et hypertension artérielle prolongée ;

Passage par une phase de latence en apparence « paucisymptomatique ».

2.2. Phase dite « de latence »

La littérature est unanimement muette sur la description de cette phase « latente » envisagée comme « silencieuse » ou « asymptomatique ». Il n'en est rien.

En réalité, il s'agit d'un temps d'incubation préparant le retour des reviviscences, temporalité marquée par l'amnésie dissociative des circonstances traumatiques. Cette période de « latence » s'avère particulièrement importante cliniquement car si on l'identifie, on traitera plus précocement les troubles en améliorant substantiellement le pronostic. Ce qui apparaît évident, dès lors, constitue cette impression de rupture dans la

vie du sujet, rupture parfois seulement identifiée par ses proches. Le trauma entraîne un bouleversement profond du rapport du patient à lui-même, à autrui et au monde. La personnalité se modifie. La vie relationnelle est perturbée. En témoigne le surgissement d'actes surprenants, en contradiction avec le fonctionnement antérieur du sujet avec, par exemple, une rupture sentimentale inopinée ou la démission impromptue d'un emploi jusque-là bien investi.

Tandis que les reviviscences présentes lors du « trouble de stress aigu » ont disparu, la période de « latence » est reconnaissable par cinq autres caractéristiques.

■ **Symptômes post-traumatiques cardinaux d'intensité légère à modérée.** y

Hypervigilance se manifestant par une tension psychique et physique globale, des activités dérivatives surinvesties (activité physique intense, épuisement dans des activités caritatives, etc.).

☒ Évitements cognitifs et comportementaux de tous les faits, les lieux, les personnes, les sensations, etc. qui pourraient rappeler les circonstances traumatiques.

☒ Aggravation progressive de la dissociation par abaissement du seuil dissociatif global.

■ **Richesse des dimensions symptomatiques polymorphes** sans toutefois que celles-ci franchissent le seuil d'un diagnostic caractérisé évident.

☒ Majoration d'une anxiété ou d'une tendance dépressive... sans que cela ne soit médicalisé. y Troubles des fonctions instinctuelles associant insomnies (d'endormissement, de fin de nuit, de réveils multiples), troubles des conduites alimentaires (grignotages, irrégularité des prises et/ou inappétence alimentaire le plus souvent), troubles de la sexualité (baisse de la libido notamment).

☒ Sensibilisation de douleurs physiques nécessitant des prises de médicaments antalgiques ainsi que des investigations radiologiques... sans qu'un acte chirurgical ne soit indiqué. y Troubles des fonctions neuropsychologiques, avec léger affaiblissement des capacités d'attention, de concentration et de mémorisation.

☒ Augmentation des consommations de substances psychoactives... sans qu'une dépendance physique ne devienne manifeste. y Hyperréactivité émotionnelle et affective avec mise en tension des mécanismes de défense liés à la personnalité. y Apparition de difficultés relationnelles en famille et au travail... sans toutefois qu'une rupture affective ou qu'un licenciement n'intervienne nécessairement.

■ **Dégradation progressive de l'état de santé subjectif**, sous l'effet de l'aggravation du processus dissociatif. Globalement, l'impression de bonne santé diminue et la consommation de soins et de bien médicaux augmente (consultations médicales, bilans biologiques et radiologiques, usages de médicaments, prescriptions de congés de maladie, etc.).

■ **Durée variable de l'amnésie dissociative**, habituellement de quelques heures à quelques mois, parfois trop brève pour être identifiable, d'autres fois se prolongeant pendant plusieurs décennies. Stéphane était dans la rame de métro qui a explosé, il a vu des blessés et des morts mais, lui étant indemne, il va travailler comme tous les jours en oubliant l'événement jusqu'au soir où, devant le journal télévisé, tout lui revient. Samantha, victime de viol, confiait : « Pendant des décennies j'ai vécu avec ça en moi et aujourd'hui, c'est revenu, comme une grenade à retardement. » Si elle n'y avait plus consciemment pensé, la douleur continuait d'habiter son être, d'y faire dommage, jusqu'à « l'explosion ». Ce temps d'amnésie peut être prolongé par le maintien dans le climat traumatogène, comme un soldat qui vient de subir un événement traumatisant près du front et qui doit alors tenter de se préoccuper de sa sécurité ; c'est une fois à l'abri que les reviviscences apparaîtront.

■ **Accès sous l'effet d'un facteur redéclencheur des reviviscences**, facteur possédant un trait commun, un trait associatif avec la scène traumatique :

☒ **Perception implicite d'une sensorialité** présente dans l'environnement tels une couleur, un objet, un son en apparence banal. Il arrive souvent que le facteur redéclencheur ne soit pas clairement identifiable à cause de la dissociation, ou soit supposé plus tardivement grâce à l'analyse clinique rétrospective ;

☒ **Perception physique ou émotionnelle** intense qui appelle celle(s) ressentie(s) pendant le trauma, dans les suites d'une douleur physique ou d'un deuil par exemple ; y **Pensée consciente** telle que, par exemple, un claquement de porte qui fait ressurgir cette nuit-là où les balles de kalachnikov fusaient. Autre exemple, cet homme rentré subitement dans la rame de métro ressemble comme deux gouttes d'eau à l'agresseur de jadis qui reviendra aussitôt hanter les cauchemars ;

☒ **Paradoxalement, un événement vécu comme heureux** et apparemment éloigné des circonstances traumatiques initiales peut rappeler une ancienne blessure psychique. Telle cette mise à la retraite d'un militaire en raison de sa limite d'âge qui fait aussitôt réapparaître les missions de jadis. Telle la naissance d'un enfant désiré lorsque l'un des

parents sera terrifié de perpétrer à son tour les maltraitances dont il fut jadis la victime. Alors, le trauma « resurgit », les reviviscences reviennent brutalement. Deux évolutions sont ensuite possibles :

- Guérison rapide des troubles, spontanément ou sous l'effet d'une thérapie ;
- Structuration d'un trouble de stress post-traumatique.

2.3. Perpétuel retour du trauma par les reviviscences

Le trouble de stress post-traumatique comprend cinq dimensions symptomatiques cardinales dont la première lui est pathognomonique : reviviscences, hypervigilance, stratégies d'évitement, dépression, dissociation globale. Nous les abordons successivement.

Marques d'une dissociation aiguë réplivative, **les reviviscences sont le symptôme pathognomonique du trouble de stress post-traumatique** où le sujet revit précisément, à l'identique comme s'il s'y trouvait toujours, la scène traumatique accompagnée de son emprise de détresse. En d'autres termes, le trauma se répète inlassablement. Les perceptions extérieures, les sensations internes dont les douleurs physiques, les émotions négatives, les pensées, et de manière générale tous les ressentis vécus dans la scène traumatique, gardent leurs caractères violents et bruts. Ces éprouvés resurgissent principalement lors du relâchement de la vigilance. Pendant le sommeil, ils prennent la forme de cauchemars. En période de veille, nommés flashbacks (ou ecmnésies en français), ils surviennent lorsqu'un élément de l'environnement ou du soi rappelle la scène traumatique : il peut s'agir des commémorations, des temps de la procédure judiciaire (dont les expertises médicales et psychologiques), de la visualisation d'un film rappelant les événements vécus. Il peut encore s'agir de perceptions sensorielles basiques et non forcément identifiables dans l'instant, du fait de la dissociation (exemple, une couleur rappelant celle du manteau de l'agresseur), voire de réactions émotionnelles ou de pensées (exemple, une intense sensation de dégoût pour un aliment, une pensée sur les violences faites aux enfants). **Il existe 13 formes de répétitions traumatiques** qui peuvent s'associer entre elles : ■ **Cauchemars de répétition** qui le plus souvent réveillent le sujet à l'acmé de l'horreur ;

■ **« Hallucinations » de répétition encore dénommées ecmnésies ou flashbacks** et qui surviennent en journée, lors de périodes de calme relatif comme marcher dans la rue, regarder la télévision, rêvasser, etc ;

■ **Illusions de reviviscences** lorsque le sujet croit reconnaître des éléments de la scène traumatique dans son environnement, comme si elle s'imprimait dans celui-ci ;

■ **Vécu « comme si » l'événement allait se reproduire**, dans un sentiment de grande insécurité ;

■ **Souvenirs intrusifs** perçus comme distincts des faits originaux ;

■ **Ruminations mentales stéréotypées** et envahissantes concernant l'événement traumatique et ses conséquences ;

■ **Cénesthésies et douleurs** le plus souvent détachées de toute autre perception traumatique, ce qui en rend difficile l'identification clinique ;

■ **Phénomènes moteurs élémentaires** réitérant la réaction motrice contemporaine de l'événement (tics, sursauts, recroquevillements, mises au sol, contractions de groupes musculaires, etc.) ;

■ **Fugue dissociative** définie par un départ soudain et inattendu du milieu de vie habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé et d'une confusion concernant son identité personnelle (ou bien l'adoption d'une nouvelle identité). Ces fugues durent en général quelques heures mais peuvent se prolonger des jours, voire des mois, le sujet franchissant parfois les frontières de pays, tel un « voyageur sans bagages » qui se « réveillera » brutalement sans avoir souvenir de son périple. Pour exemple, nous avions une patiente qui fuguait de son lieu de vie à chaque paroxysme anxieux, parcourait comme téléguidée quelques centaines de mètres dans Paris, puis reprenait conscience, parfois sur l'incitation des passants étonnés, devant la salle de concert où elle avait été prise en otage ;

■ **Comportements de répétition** avec pleurs, passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs, prostitution, visionnages d'images violentes sur Internet, consommations

de jeux vidéo violents, conduites ordaliques (sports extrêmes, conduite automobile dangereuse, etc.), remises en ménage auprès de conjoints malveillants, etc.) ;

- **Impulsions à raconter ou écrire l'événement sur un mode récitatif** (et non pas narratif). Telle cette patiente qui relatait en boucle l'effroyable accident du travail qui lui était arrivé jadis : cela avait fini par épuiser son entourage ;

- **Syndrome psycholinguistique traumatique** (ou SPLIT) considérant les marques lexicales, syntaxiques et pragmatiques dans le discours lorsque le sujet tente d'évoquer son trauma. Ce syndrome psycholinguistique que nous détaillons plus loin dans ce chapitre comprend trois axiomes : y L'anomie qui renvoie à l'indicible, y Les répétitions lexicales et syntaxiques correspondant aux reviviscences, y L'impression de désorganisation phrastique et discursive rappelant la dissociation. Enfin, le sujet blessé psychique garde souvent des objets rappelant son trauma comme un blouson troué, un éclat de balle, etc. Il peut aussi se faire tatouer une image, un symbole ou un mot en lien avec l'événement, ou débiter une collection (grenades, livres sur la guerre, etc.). On différenciera cliniquement les reviviscences des :

- Ruminations morbides anxiodépressives non répliquatives pouvant intégrer un trouble de l'adaptation à un facteur de stress ;

- *Flashbulbs* qui constituent des mémorisations de faits sociétaux à fort retentissement médiatique mais non chargés de détresse psychologique massive (les plus étudiés étant l'explosion de la navette *Challenger* en 1986 et les attentats du 11 septembre 2001 à New York) ;

- Obsessions intégrant les troubles obsessionnels compulsifs où les compulsions permettent de faire transitoirement diminuer l'anxiété liée aux obsessions.

Les reviviscences surviennent pendant des périodes de repos, lorsque la conscience ne permet pas d'éloigner les éléments déclencheurs, lorsque l'on regarde la télévision, que l'on fait son footing ou que l'on raconte une histoire à son enfant. Alors, pour tenter d'y échapper, se mettent en place une hyperactivité neurovégétative (pendant du *fight*) et aussi des stratégies d'évitement (pendant du *flight*) tentant de :

- **Diminuer le risque de survenue de flashbacks intrapsychiques** par maintien d'un niveau vigil élevé et par maîtrise des déclencheurs (perceptions ou cognitions rappelant le trauma) ;

- **Limiter le risque que le traumatisme se répète dans la réalité** : si je me suis fait agresser dans une rue sombre, je l'éviterai à l'avenir, j'éviterai peut-être même de sortir le soir, voire de sortir complètement, ou alors je resterai sur mes gardes. **L'hypervigilance** maintient un niveau élevé de réactivité physiologique, ce qui se traduit par :

- Troubles du sommeil multiples ayant pour conséquence un temps de sommeil réduit qui alimente circulairement l'hypervigilance ;

- État d'alerte permanent (hyperéveil) ;
- Réactions de sursaut ;
- Irritabilité ;
- Impulsivité ;
- Tensions physiques et psychiques intenses ;
- Anxiété et hyperréactivité émotionnelle ;
- Tachycardie et hypertension artérielle.

Les stratégies d'évitement cognitives et comportementales visent principalement à éloigner tous les stimuli qui pourraient éveiller la mémoire traumatique :

- Lieux, activités, personnes, objets ;
- Sensations internes (dont les douleurs) ;
- Émotions, avec le développement d'alexithymie partielle focalisée sur certaines modalités émotionnelles ;

- Plus globalement, tout ce qui serait de près ou de loin associé au traumatisme, y compris des stimuli élémentaires non forcément conscientisés par le sujet à cause de la dissociation (certaines couleurs, certains sons, certaines odeurs, etc.). Il est par ailleurs prouvé que tenter d'oublier consciemment un événement ne fait que renforcer la mémorisation de celui-ci.

La dimension anxiodépressive, quasiment toujours retrouvée, résulte de deux grands

mécanismes.

L'épuisement psychophysiologique réactionnel à la détresse réitérée lors des reviviscences, aux insomnies, au sentiment d'insécurité permanent, aux conséquences délétères de cette symptomatologie en termes d'adaptation sociale. De manière générale, les symptômes négatifs de déprime (diminution des intérêts pour les activités récréatives, restriction des investissements, dévitalisation du quotidien, émoussement affectif, baisse de la motivation, etc.) sont partiellement masqués par l'hypervigilance.

■ **L'expérience déshumanisante de la blessure psychique**, du fait de la réification causée par certains déterminants traumatiques (être l'objet d'un bourreau, d'une situation, etc.) et l'indicibilité (alors que le langage élaboré est définitoire de la nature humaine). Le rapport au monde et à autrui demeure marqué de réflexions pessimistes incluant l'impossibilité de maîtriser son destin, l'absence de sens intrinsèque à l'existence, de profonds désenchantements sur la nature humaine. La fin de l'illusion d'immortalité et son rappel régulier lors des flashbacks alimentent une faille narcissique durable grevant l'envie de reconstruire.

La dissociation générale se pérennise, notamment par les symptômes d'amnésie, de déréalisation et de dépersonnalisation que nous avons ci-avant détaillés. Mais cette notion de dissociation reste difficile à saisir, comme si elle portait elle-même son propre symptôme. Pour preuve, la description du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2022) en offre une idée morcelée et adjacente à travers les items B1 à B6, D1, D6, D7, E5, mais encore avec les critères supplémentaires de « sous-typages avec symptômes dissociatifs » dits « S1 (avec dépersonnalisation) et S2 (avec déréalisation) » ([encadré 2.1](#)).

En fonction de l'absence de certains critères, il a été décrit des « TSPT-like », des TSPT « incomplets » ou « partiels », etc. En pratique, au-delà de la définition catégorielle appréciable grâce à l'entretien structuré du *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), une approche dimensionnelle du symptôme apparaît davantage intéressante autant en pratique clinique qu'en recherche, ce que proposent certaines échelles de cotation comme la *Post-Traumatic Check List Scale* (PCLS-5) ou la *Dissociative Experience Scale* (DES). Nous présenterons successivement ces trois outils.

Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* correspondant au DSM-5-TR (MINI 7.0.2) constitue un entretien diagnostique structuré permettant de repérer la quasitotalité des troubles listés dans le DSM-5-TR (présence actuelle et sur la vie entière). Le MINI est prévu pour être administré par un clinicien lors d'un entretien face à face (mais il peut aussi être utilisé comme questionnaire autoadministré). Chaque module débute par une ou plusieurs questions filtres fermées renvoyant aux critères principaux du trouble recherché, puis en cas de réponse positive, aux symptômes secondaires. Le temps de passation est d'une vingtaine de minutes. Les validités apparentes, concourantes et convergentes sont très bonnes, de même que les fidélités interjuges et test-retest. Le MINI localisateur 7.0.2 convertit les réponses binaires des modules classiques en une approche dimensionnelle pour chaque symptôme, permettant de suivre dans le temps l'évolution des dimensions diagnostiques ([Sheehan et al., 1998](#)).

La *Post-Traumatic Checklist Scale* (PCLS-5) validée en français ([Ashbaugh et al., 2016](#)) est un autoquestionnaire de 20 items évaluant au cours du dernier mois les 20 symptômes du TSPT selon le DSM-5-TR. Chaque item est coté de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Le questionnaire peut être complété par les sujets en salle d'attente avant leur séance de thérapie ; la complétion dure 5 à 10 minutes. L'interprétation de la PCLS-5 doit être réalisée par un clinicien et peut associer différentes lectures : en score total rendant compte de la gravité des symptômes (0 à 80), en score de gravité pour chaque symptôme du DSM-5-TR (B : 1-5 ; C : 6-7 ; D : 8-14 ; E : 15-20), en s'intéressant spécifiquement à un ou plusieurs items séparément. Un diagnostic de TSPT provisoire peut être retenu en considérant tout item avec un score supérieur ou égal à 2, en adhérant aux critères du DSM-5-TR (1 item B, 1 item C, 2 items D et 2 items E), et d'après un seuil classiquement retenu à 38 (soit environ la moitié du score maximum possible). L'évolution de la cotation dans le temps est considérée significative lorsqu'elle varie de 10 points. Plus globalement, lorsque le score total est coté supérieurement à 29, la PCLS a été décrite comme sensible du repérage d'une difficulté psychique générale, particulièrement dans les dimensions anxieuses et dépressives (Blevins et al., 2015) (tableau 2.1). La *Dissociative Experience Scale* (DES) ([encadré 2.2](#)) validée en français (Darves-Bornoz et al., 1999) est un autoquestionnaire à 28 items évaluant la fréquence des symptômes dissociatifs dans la vie quotidienne. Le score total est obtenu en additionnant les scores des 28 items puis en divisant par ce même nombre (score final de 0 à 100). Les scores moyens de la population non clinique au DES restent inférieurs à 8 tandis que les patients souffrant de trouble dissociatif de l'identité se trouvent autour de 50, un score limite de 25 étant classiquement retenu pour l'évocation d'un trouble dissociatif. Ce nonobstant, si les catégories nosographiques intégrant les aspects dimensionnels, les questionnaires et échelles standardisés restent intéressants, ces outils se verront bientôt supplanter par l'évolution

2.4. Trouble de stress post-traumatique chez l'adulte (critères diagnostiques simplifiés d'après le DSM-5-TR, les items renvoyant à la dissociation sont soulignés)

■ Critère A : exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles [...].

■ Critère B : présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

– B1 : souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse ;

– B2 : rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement ou aux événements traumatiques ;

– B3 : réactions dissociatives [...] au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire ;

– B4 : sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ;

– B5 : réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

■ Critère C : évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

– C1 : évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

– C2 : évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

■ Critère D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des éléments, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

– D1 : incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique [...];

– D2 : croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, d'autres personnes ou le monde [...];

– D3 : distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ;

– D4 : état émotionnel négatif persistant [...];

– D5 : réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ;

– D6 : sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

– D7 : incapacité persistante à éprouver des émotions positives [...].

■ Critère E : altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des événements suivants :

– E1 : comportement irritable ou accès de colère ;

– E2 : comportement irréflecti ou autodestructeur ;

– E3 : hypervigilance ;

– E4 : réaction de sursaut exagérée ;

– E5 : problèmes de concentration ;

– E6 : perturbation du sommeil.

■ Critère F : la perturbation (critères B, C, D, et E) dure plus de 1 mois.

■ Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

■ Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance [...] ou à une autre affection médicale.

■ Critère S : critère supplémentaire de sous-typage avec symptômes dissociatifs : [...] en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

S1) dépersonnalisation : expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps [...] ; S2) déréalisation : expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement [...].

Référence : Traduction française reproduite avec l'autorisation d'Elsevier Masson SAS.

2.5. En l'absence de soins, les troubles psychiques post-traumatiques s'aggravent dans le temps

De nombreuses souffrances post-traumatiques existent au-delà des symptômes cardinaux : Reviviscences, hypervigilance, évitements, dissociation : si ces quatre symptômes post traumatiques cardinaux sont classiquement retenus dans la définition du « trouble de stress post-traumatique », les blessures psychiques entraînent des répercussions cliniques davantage diverses et complexes. En d'autres termes, la psychotraumatologie du trauma de type 1 ne se résume pas à l'unique « trouble de stress post-traumatique », mais correspond aux « troubles psychiques post-traumatiques » au pluriel. En sus des reviviscences, de l'hypervigilance et des évitements s'associent de nombreux autres symptômes, parfois dénommés « aspécifiques » du fait de leur présence dans d'autres troubles psychiques. Or, ces symptômes gardent un lien clinique étroit, essentiellement conséquentiel, avec le fait traumatique générateur, en caractérisant d'authentiques formes cliniques post-traumatiques (et donc sans être simplement des « comorbidités » ou des « complications » du trauma comme on le lit encore trop souvent dans la littérature). Avant de détailler ces troubles dans le chapitre 4, citons déjà les principaux cadres anatomocliniques existants en donnant pour chacun un exemple.

- Troubles anxieux caractérisés (troubles obsessionnels compulsifs, anxiété de séparation, agoraphobie, phobies spécifiques). Exemple : dans les suites d'un cambriolage, un trouble obsessionnel compulsif se développe avec vérification incessante de la fermeture des fenêtres et des portes, pendant plus de 1 heure par jour.

- Troubles de l'humeur (dépressions post-traumatiques, mélancolie, deuil compliqué, déclenchement d'une bipolarité). Exemple : du fait de la confrontation directe et brutale au corps sans vie d'un être cher, un deuil bloqué en phase centrale dépressive pourra durer de nombreuses années.

- Psychoses post-traumatiques (fonctionnelles brèves et structurelles schizophréniques). Exemple : l'événement traumatique, ses causes et/ou ses conséquences apparaîtront en hallucinations ou dans le système paralogique du délire.

- Souffrances physiques et/ou psychosomatiques (traumas somatopsychiques, troubles somatoformes, troubles psychosomatiques). Exemple : une hypothyroïdie sévère survient dans les semaines suivant un accident de la route.

- Mésusages de substances psychoactives (alcool, antalgiques, anxiolytiques) et addictions comportementales (jeux vidéo violents, automutilations). Exemple : une polyaddiction à l'alcool et aux benzodiazépines s'établit afin d'apaiser les anxiétés et de restaurer un peu les nuits contre les cauchemars.

- Atteintes des fonctions instinctuelles (troubles du comportement alimentaire, troubles sexuels). Exemple : après une agression sexuelle, une baisse de la libido et une anorgasmie sont fréquentes.

- Troubles neuropsychologiques (difficultés de concentration et de mémorisation, atteinte des fonctions exécutives). Exemple : les capacités mnésiques normales diminuent, comme si l'hypermnésie constitutive des reviviscences et l'hypomnésie dissociative prenaient toute la place.

- Mise en tension des mécanismes de défense liés à la personnalité. Exemple : sensibilisation de traits phobiques ou impulsifs antérieurement présents de manière mineure.

- Désadaptation sociale (violences intrafamiliales, difficultés d'inscription professionnelle, actes délictueux). Exemple : les ruptures conjugales et démissions impromptues sont fréquentes. En l'absence de soins, tous ces cadres symptomatiques ont tendance à s'associer, à des degrés divers, signant la gravité du tableau clinique global (Tarquinio et Auxéméry, 2022).

2.6. Fluctuation des symptômes dans la durée

Au gré de fluctuations tant qualitatives que quantitatives, les multiples expressions du trauma ne sont pas toujours en phase mais oscillent entre éclipses et résurgences : les reviviscences peuvent s'estomper, voire disparaître, tandis que surviennent ou

s'accroissent d'autres signes anxieux, dépressifs, addictifs, schizophréniques, neurocognitifs, physiques, etc. En d'autres termes, il est particulièrement fréquent que les symptômes cardinaux du trauma ne soient plus évidents cliniquement, car éclipsés par d'autres souffrances plus bruyantes, plus faciles à repérer... sans toutefois que leurs origines psychotraumatiques ne soient en fait évidentes. L'évolution peut devenir invalidante avec l'association de symptômes psychiques chroniques, de conséquences somatiques délétères, de troubles cognitifs envahissants et de difficultés sociales (Auxéméry, 2019a, 2022). L'enjeu de bien repérer ces formes cliniques, et surtout de comprendre leurs origines traumatiques, apparaît essentiel. En effet, si je rencontre un patient présentant un alcoolisme et que je tente de prendre en charge uniquement cette addiction sans me rendre compte de sa cause traumatique, le traitement sera voué à l'échec. Tant du côté de l'alcool que de la dissociation, les symptômes s'aggraveront. De même, une dépression sera qualifiée à tort de « résistante » aux antidépresseurs, des crises psychogènes non épileptiques se sensibiliseront, des douleurs continueront à se diffuser... Ces patients, en errance diagnostique, se retrouvent souvent ballottés d'un médecin ou d'un service hospitalier à l'autre, sans qu'une approche holistique ne puisse enrayer le processus. Nous oserions dire que la dissociation se transmet au système de soins.

2.7. La dissociation continue de se diffuser et péjore l'agentivité

Chez un patient blessé psychique qui ne bénéficie pas de soins efficaces, la dissociation se diffuse par le développement d'une tendance basale aux phénomènes dissociatifs (amnésies extensives, dépersonnalisations marquées, troubles de la concentration, somatisations, etc.). Si la dissociation est multiple dans ses expressions, en même temps, elle fait paradoxalement le lien entre tous les symptômes traumatiques dont elle reste le déterminant. Pourrait-on la modéliser mieux, au plus près des formes cliniques ? Nous pourrions alors parler de « dissociation » :

- du corps et de l'esprit, explicitant les souffrances physiques et les troubles des fonctions instinctuelles ;

- des fonctions psychiques émotionnelles et cognitives, génératrices des troubles neuro-psychologiques ;

- des processus cognitifs entre eux, expliquant les dépressions résistantes et les mésusages de substances psychoactives ;

- massive de l'être, tendant vers la discordance schizophrénique ;

- des mécanismes de défense liés à la personnalité, impliquant les changements du caractère, voire la fragmentation de la personnalité jusqu'au trouble dissociatif de l'identité. Au cours des mois, des années, la dissociation s'insinue progressivement, au point de se retrouver partout, de finalement prendre le contrôle d'une grande partie de la vie du sujet, quitte à le contraindre à la répétition traumatique, encore. Un moment de dissociation reconfrontera à un accident de la voie publique, telle cette patiente renversée à deux reprises, à 10 ans d'intervalle, alors qu'elle traversait sur les passages cloutés. Autre exemple, une alcoolisation massive confrontera de nouveau aux conséquences d'une rixe incontrôlable, comme chez cet ancien légionnaire, blessé au Rwanda, et qui depuis fréquente régulièrement la cellule de dégrisement de son commissariat de quartier. Évoquons encore cette femme qui se rétablit itérativement avec des conjoints violents, dans l'évidente répétition de mécanismes d'attachement en souffrance et qui se sensibilisent au cours du temps, mettant en échec les services sociaux et judiciaires. Réification face à un agresseur, impuissance face à une catastrophe naturelle ou la mort d'un proche, incapacité à fuir des violences politiques, la notion de perte d'agentivité s'avère consubstantielle de nombreuses confrontations traumatogènes. De surcroît, les symptômes post-traumatiques cardinaux, en eux-mêmes, majorent cette perte du sentiment d'agentivité : reviviscences incontrôlables, évitements extensifs réflexes, dépression limitant les capacités d'action, dépersonnalisation... L'agentivité du sujet, sa capacité d'action dans le monde et sur lui-même, s'amenuise (Gayraud et Auxéméry, 2022 ; Frabetti, Gayraud et Auxéméry, 2023). Ces transformations du fonctionnement psychique sont parfois conscientisées par certains patients qui ressentent que quelque chose a changé, avec cette impression d'être devenu, en partie, quelqu'un d'autre... mais sans en percevoir toujours la cause, ou ne pouvant que la taire. Quand bien même celle-ci apparaît identifiée, nombreux sont ceux qui continuent à éviter les soins, le trauma se protégeant des interférences extérieures : alors, les symptômes se pérennisent, s'aggravent. « Ne vous inquiétez pas docteur, ça va passer... », entend-on de la bouche de certains consultants alors même que leurs souffrances sont là depuis plusieurs décennies ! Avec le patient, le soignant doit prendre garde à ne pas devenir complice du symptôme, à ne pas se laisser contaminer par la dissociation au risque, sinon, de n'être plus thérapeutique.

2.8. Révolutions portées par la psycholinguistique contemporaine

Ces toutes dernières années, c'est-à-dire depuis 2 ou 3 ans, la psycholinguistique apparaît comme une aide décisive au diagnostic des blessures psychiques, ce qui nous a fait décrire un nouveau syndrome : le « syndrome psycholinguistique traumatique » (Split). Nous avons en effet découvert que le discours des personnes souffrant de symptômes post-traumatiques présentait, tant sur le fond que sur la forme, les marques du trauma, ce que nous pouvons considérer comme une forme particulière de reviviscences (Auxéméry, 2019b, 2021). Cette nouvelle clinique devient indispensable à connaître d'autant qu'elle promeut des outils diagnostics concrets, dont certains s'automatisent grâce aux programmes de traitement automatique du langage issus des intelligences artificielles.

Écoutons d'abord le témoignage de Malo, infirmier à l'hôpital français de Kaboul dont les urgences accueillaient des patients de tous âges aux blessures effroyables :

« Au niveau de la prise en charge des blessés... Je veux dire... C'était bien. Ça me plaisait. Ce travail. Parce que sur le coup... C'était... Même si le mec il arrive déchiqueté, démembré... Ou entre la vie et la mort... Je sais que les gestes que je fais ça pouvait contribuer à la survie. C'est ça qui... C'est ça j'vous dis c'est... Sur le coup quand... Je pensais pas du tout à... Je me dis qu'il faut quand même qu'on fasse quelque chose pour qu'il survive. Et c'est après tout ça... Surtout quand... Ben... Après le service... Là où ça revenait, où... Et là où on revoit ce qui s'était passé... Qu'on réalise vraiment... Ben oui... Celui-là il vient de perdre la vie. Mais sur le coup on fait tout ce qu'il y a à faire et... On n'est pas... J'étais pas en état de stress. Ça me traumatisait pas. Ça ne m'a pas traumatisé sur le coup j'veux dire. Je me suis dit... Il y a plus important que ça. J'appréhendais de voir des morts, mais... Ça s'est bien passé quand il fallait faire les... La mission elle s'est bien déroulée dans l'ensemble. Par contre y a toujours un truc c'est que... Ben les morts ils vont à la morgue... Et après... Une fois que c'est bien fini ben... Le mort il faut le récupérer et l'amener à la radiologie, au scanner. Et je me rappelle il y en a un... Sa colonne vertébrale... Rentrée directement dans son cerveau quoi. J'veux dire... C'est... C'était dur... J'veux dire y a des images qui restent et qui... J'vous dis... C'est... Et tout ça... Je me suis dit bon... Si mes collègues et moi on arrive à... Si je tiens, y a pas besoin de... J'ai des collègues qui ont... Et je me suis dit non. Faut que je sois plus fort que ça et j'ai... Mais au final... Non. J'ai fait des cauchemars là-bas. C'était sur le bain de sang... C'est comme ça que je voyais ça... C'était la première fois où on avait eu autant de blessés d'un coup... Et autant de morts... Et... J'ai fait des cauchemars là-dessus. Parce qu'aux urgences en fait, on a eu... En fait j'ai eu... Mon image que j'avais dans la tête c'était une mare de sang... C'était un bain de sang pour moi l'hôpital... Du moins les urgences... J'avais jamais vu autant de sang et... Les plaies en elles-mêmes... C'était pas ça qui était... C'était voir les gens se vider de leur sang et mourir. Ce jour-là y en a huit qui sont morts. C'est quand même des vies. Mais là, ça passait... Sur le coup faire les gestes... Ça passait... C'est le... Je sais pas. Le contrecoup. À la fin de journée oui. Alors là... Le plus dur après c'est de voir les cercueils qui défilent... »

Le discours de Malo est constitué d'un style particulier s'éloignant du parler ordinaire, avec une nouvelle grammaire, ressemblant à celle de la « littérature traumatique ».

2.9. Syndrome psycholinguistique traumatique (SPLIT)

Basée sur une méthodologie psycholinguistique moderne, l'étude standardisée manuelle et informatisée des témoignages de patients blessés psychiques de guerres, d'attentats et de victimes de violences conjugales nous a permis de définir cette nouvelle entité clinico-linguistique selon trois grandes dimensions.

■ Une difficulté, voire une impossibilité à parler avec fluidité de l'événement traumatique, ce que nous appelons **l'anomie traumatique** :

« J'étais clairement sans défense, en fait j'étais une proie facile, on est partis dans la salle de de de de... je vais-je vais jamais y arriver, on est partis... dans... on est partis dans la salle de... [SOUFFLE] on est partis dans la petite salle... j'y arrive pas, ça veut pas sortir... ça veut pas sortir... il a commencé à me masser la nuque... il a commencé à me masser les épaules... et... franchement c'est dur à dire... franchement c'est très très dur à dire... »

Ce jeune homme victime d'une agression sexuelle par son professeur de sport nous explicite, autant sur le fond que sur la forme, de la grande difficulté à réévoquer les faits.

■ Un discours où de nombreux éléments se répètent (mots, syntagmes, structures syntaxiques, etc.), ce que nous définissons comme la **reviviscence linguistique** :

« Et là, on a vu les lasers des des pistolets des des officiers du du raid en fait. Euh... Se pointer vers nous. Euh... Et là on a tous hurlé et là on a tous hurlé qu'on était des des otages et de de surtout pas tirer. Et euh... et voilà donc ils nous font sortir un par un les mains en l'air. Et euh et voilà ils nous ont fouillés... Euh... Ils nous ont fouillés tout tous les... Il y avait une toute une colonne en fait de d'officiers du raid euh tout tout le long jusqu'à la sortie. Ils nous fouillaient en permanence pour être sûrs qu'on n'ait rien. Et donc voilà on a couru couru dans le bataclan pour sortir. Euh... et là on... on a vu euh... ben une marée humaine de de gens morts quoi. De sang... C'était c'était affreux affreux... ».

■ Une impression de « désorganisation » de la narration que nous avons identifiée sous le vocable de **dissociation discursive** : une fragmentation du discours du patient se constitue de dysfluences matérialisées par des pauses, silencieuses (« ... ») ou remplies (« euuh ») avec parfois des allongements vocaliques (« tuuuuu » ; « pen daaaaaaant » ; « deeeeeees ») interrompant les énonciations en dehors, et en sus, des frontières syntaxiques naturelles : « Pour moi c'étaient des bruits de... de de tirs... je j'espère vraiment... passer... euuh... euuh... comment dire... euuh... de... de pouvoir... revivre normalement. » Nous détaillerons maintenant chacun de ces trois axiomes du Split exemplifiés par les propos de patients.

Anomie traumatique

L'anomie traumatique se manifeste par l'impossibilité à dire le trauma au moyen de mots qui pourraient l'évoquer. Les modificateurs tels les adjectifs qualificatifs et les compléments du nom se font rares, ce qui abaisse l'informativité du discours. Tendant à dépasser ces atteintes lexicales, les circonlocutions, périphrases, comparaisons et antiphrases (ou ironies) sont surreprésentées. Sur le plan thématique, les mentions d'émotions négatives (angoisse, peur, dégoût, culpabilité et impuissance face à l'horreur, etc.), d'affects dépressifs et de sensations (perceptions douloureuses, visuelles, tactiles, cénesthésiques, etc.) apparaissent beaucoup plus développées que la verbalisation des cognitions.

Blocage de la production lexicale

■ Pauses silencieuses (« [PS...] »), pauses remplies (« [EUH...] »), allongements vocaliques (« voilà[ààààà]... ») :

■ Manque du mot :

« J'ai eu u[uuuuuu]n... [PS] Comment ça s'appelle déjà ? » « J'ai fait une demande de[eeeeee]... de[eeeeee]... Je vais y arriver... Je cherche le mot... [PS] Je trouve pas... De[eeeeee]... »

Conduites d'approche des signifiants visés

■ Circonlocutions

« Et euh bah il commence à... fin voilà quoi moi je suis claire, j'veux pas, j'me débats sauf qu'il est violent et bah passe ce qui s'passe. »

■ Antiphrases et/ou ironie : « On a fait une belle balade ce jour-là... » racontait un soldat ayant perdu son meilleur ami dans une action de feu.

■ Métaphores et comparaisons : « Et mon mari qui vient à me donner des coups de pieds dans le ventre, dedans les côtes, comme si j'étais un sac-poubelle par terre. » « J'ai vu un feu d'artifice de personnes humaines... c'est... Voilà elles étaient en l'air ça retombait. »

■ Euphémismes : « Je regarde Valentin, je me rends compte qu'il bouge plus, il a les yeux ouverts, il regarde vers le plafond, il bouge plus. »

■ Approximations synonymiques et mots bouche-trous : « Truc » ; « bidule » ; « machin ».

■ Cantonnement à des généralités jusqu'à l'utilisation d'expressions populaires : « C'est comme ça. » ; « C'est la vie. » ; « Ce sont des choses qui arrivent. ».

■ Gestes : Thématiques

■ Mort : « À ce moment-là... Il a... Il a... Il a... » et le patient mime avec sa main le pistolet qui avait été posé sur sa tempe. « Et là on... on a vu ben... des gens morts quoi. »

■ Émotions négatives et affects négatifs : « Je vis dans une culpabilité dévorante, je vis dans ma culpabilité. » « Depuis ce jour-là je suis prise par la tristesse, j’crois plus en l’humanité, j’crois plus en l’avenir, j’crois plus en rien. »

■ Perceptions sensorielles et somatiques traduisant les manifestations physiques des émotions et de l’anxiété, voire les blessures physiques concomitantes aux blessures psychiques : « Je les ai clairement entendus, puis je les ai vus, ils étaient tout proches, tout à côté, ça sentait la poudre, c’est comme si leurs pas résonnaient dans le plancher. » « Je tremblotais de partout comme une feuille morte. »

Reviviscences linguistiques

L’analyse syntaxique met en évidence des répétitions de fond et de forme du discours.

■ Onomatopées : « Et là ça a fait Ta Ta Ta Ta Ta Ta !! » « Quelqu’un a fait à la porte Toc Toc Toc, et ensuite... un grand boum !! »

■ Mots grammaticaux et syntagmes : « Dès que... dès que j’entends un bruit j’ai l’impression d’entendre des des bruits de de de tir. Hier matin je je me réveillais il y avait... j’entendais des bruits dans la rue... ça a été... ça a été terrible... ça a été... ça a été... ça a été... euh... euh... dur ! »

■ Emploi du présent historique comme si la scène était encore en cours maintenant (hypotypose) : « On se réfugie tous dans les cuisines du restaurant les cuisines du restaurant nous font euuh... nous font entrer dans une cour. On rentre dans la cour on reste cinq minutes là John un ami était resté dehors et euuh... et on sort cinq minutes de là plus tard et on découvre en fait les tous les corps dehors enfin euuh... et la police qui arrive les pompiers et on comprend vite que euuh... que c’est un attentat. »

■ Emploi du discours direct souvent sous forme de citations telle une reviviscence verbale : « Et le soir-là, il est venu me voir, je faisais la douche des enfants. Et là il m’a menacé de se suic... de se suicider devant mes enfants. Il m’a dit bah euuh : “De toute façon je vais prendre mes affaires, je vais partir, et puis euuh... tu me reverras jamais plus et on sera tranquille et tout le monde sera tranquille !” Et de là je euuh... lui ai dit : “Faut pas dire des choses comme ça devant les enfants.” »

■ Structures syntaxiques : « Et là je me suis dit : “Ils ils ils reviennent, ils reviennent, ils reviennent...” Et puis on a entendu : “Pan pan pan pan pan pan...” Et je me disais “Faut pas que tu restes là, faut pas que tu restes là, faut pas que tu restes là...” Et finalement j’y suis restée. » Ici, outre les répétitions de mots : « Ils ils ils » ; de syntagmes : « ils reviennent, ils reviennent, ils reviennent » ; d’onomatopées : « Pan pan pan » ; il y a aussi la structure globale de la phrase qui est une répétition avec l’annonce du discours direct à trois reprises.

Dissociation discursive

L’écoute des témoignages donne une impression de « désorganisation » du discours et d’éclipse du sujet de sa propre énonciation (ce que nous appelons l’out of language experience).

Désorganisation » du discours

■ Ruptures des constructions syntaxiques : « On était tous recroquevillés les uns sur les autres euuh... s’agripper euuh... on est rest [ÉNONCÉ INCOMPLET] on a dû rester [ÉNONCÉ INCOMPLET] ben au moment où je j’ai envoyé à mon ami euuh... une vidéo euuh... [ÉNONCÉ INCOMPLET] en fait j’avais envoyéééé euuh... [ÉNONCÉ INCOMPLET] donc je filmais le concert... »

■ Références anaphoriques ambiguës : lorsqu’un pronom est utilisé, on ne sait plus bien à qui il fait référence, ce qui entraîne des faux-sens, voire des contresens (les pronoms renvoyant qui aux agresseurs, qui aux victimes sont parfois difficilement discernables au fil des phrases).

Dépersonnalisation du discours

■ Suremploi du pronom « on » pour dire « quelqu’un » : « On a frappé à la porte. »

■ Suremploi des pronoms à valeur générique (on, tu, vous) : « On respire fort... on en

respire euuuh... comme si on allait se noyer... en fait ouais c'est ça ouais en fait je je oui c'est comme si on allait se noyer... [IMITATION SONORE DE NOYADE] on respire très fort comme ça pendaanaant... une demi-heure trois quart d'heure... euuuh... on voit... pas grand-chose... tout est flou il y a des petites étoiles... et le corps euuuh... le corps tremble euuuh... complètement euuuh... j'en tremble encore un petit peu. » « Oui tuuuuuu... tu te tournes sur le balcon et tu regardes dans la fosse et tu ne vois pas le sol... et en fait il y a plus de sol... il y a il y a... il y a deeeeee... il y a c'est... voilà. Tu sais, t'es comme un animal dans ces moments-là. »

■ Surreprésentation des modalisations négatives et des formes infinitives : « J'avais pas été blessée je suis sortie euuuh... sans sans une goutte de sang sur moi. Pour moi les victimes étaiiiiiiiient... décédées euuuh... eeeeeet... et blessées physiquement. Je voulais pas être considérée comme eux... euuuh... je me sentais pas légitime. »

Cohérence interne du SPLIT... jusque dans l'interlocution

Les axiomes du Split sont interdépendants les uns des autres : ils constituent un syndrome cohérent. L'anomie traumatique se manifeste par des phrases qui accrochent, ou tournent en boucle, au point de revenir toujours au manque du mot. Ce vide s'infiltré partout dans le discours et son rythme, en maintenant une structuration répétitive. Des mots et petits groupes de mots se répètent jusqu'à aboucher sur l'anomie encore et/ou conduire à une fragmentation de la narration. Ainsi, chaque dimension du Split semble impliquer les autres, et réciproquement, être impliquée par les autres. Anomie, répétitions linguistiques et fragmentation discursive apparaissent indissociables (Auxéméry et Gayraud, 2020). De surcroît, si nous avons jusqu'ici parlé de « désorganisation » du discours, il s'agit en fait davantage d'une organisation particulière qui se différencie du langage commun. Les paroles du sujet blessé psychique apparaissent en fait bien organisées, correspondant à la forme spécifique du discours traumatique qui certes s'éloigne de la normalité, du parler ordinaire, mais n'en constitue pas moins une organisation à la cohérence interne parfaitement reconnaissable. Il s'agit d'un « style traumatique ». Ce nonobstant, les compétences linguistiques du sujet blessé psychique ne sont pas altérées, ce sont leurs utilisations, leurs performances qui sont perturbées : le sujet utilise le langage de façon normale dans l'absolu, sauf lorsqu'il essaie d'évoquer son traumatisme. Entre performances et compétences langagières existe un gradient, une dissociation automatico-volontaire. En d'autres termes, les troubles du discours restent principalement polarisés sur l'expérience traumatique et ses conséquences : lorsque la scène traumatique s'approche, le sujet reste figé par l'anomie traumatique, reste enserré dans les marques discursives de la répétition, son discours se fragmente. Inversement, plus les cognitions et perceptions du sujet s'éloignent du trauma, plus ses capacités d'expression verbale redeviennent préservées. Cette parole a d'ailleurs naturellement tendance à s'éloigner de l'éprouver traumatique, de parenthèses en digressions, vers d'autres thèmes plus facilement accessibles à la verbalisation... quitte à égarer le praticien. Alors, l'interlocution peut, elle-même, prendre les marques du trauma. Il reste difficile au thérapeute d'arracher le patient à l'indicibilité : la verbalisation de la scène traumatique tente, toujours, d'y échapper. Dans la séquence ci-dessous, constatons que malgré l'insistance du praticien qui relance par des questions ou des mots brefs, le tout incitant à l'élaboration du patient, celui-ci ne donne en réalité que très peu de détails, répondant souvent par « oui » ou par « non », ou bien répétant les propos du praticien qui finalement s'y résout, le discours demeurant informativement pauvre :

Thérapeute (T) : Qu'est-ce qui s'est passé cette nuit ?

Patient (P) : Je me revoyais là-bas encore...

T : Ouais...

P : Je, je revivais ce qui s'était passé quoi...

T : Et c'était angoissant ?

P : Oui...

T : Hum. Et le sommeil à l'époque il était bon ou... ?

P : Non il n'était pas bon.

T : Non pareil ?

P : Et c'étaient des cauchemars tout le temps, du mal à m'endormir...

T : Les cauchemars, c'est-à-dire les réveils la nuit ?

P : Oh en sursaut.

T : En sursaut ?

P : Ouais en sursaut...

T : En sueur ?

P : En sueur.

T : Hum avec l'image de quoi ou... ?

P : Des événements qui se sont passés ou des personnes...

T : Des personnes qui ont...

P : Des collègues ouais...
T : Qui ont été blessés ou...
P : Ouais, bon enfin, pas spécialement, qui étaient avec moi.
T : Mmm...
P : Ou qui criaient... Ou...
T : D'accord. Donc des événements qui se sont passés là-bas ?
P : Oui.
T : D'accord.

Au fil de cet échange, il semble se créer, chez le praticien et le patient, un évitement des cir constances précises du trauma, dont on ne parle qu'en creux. En d'autres termes, il appa raît que l'évitement du trauma dans le langage du sujet blessé psychique se transmet au thérapeute, malgré lui. Afin que le praticien ne devienne pas captif du trauma, il convient de mettre en œuvre les principes thérapeutiques.

2.10. Cohérence de la SPLIT-10 avec la nosographie du DSM-5-TR

Afin d'opérationnaliser les marqueurs découverts, nous avons créé une échelle diagnos tique à dix items (dite « SPLIT-10 ») organisée afin de faciliter sa cotation en pratique courante (Auxéméry et Gayraud, 2021). Cette échelle a été construite à partir de deux corpus de témoignages de sujets blessés psychiques (de guerre et d'attentat) avant de préciser son cut-off grâce à deux autres corpus (récits de personnes victimes d'un atten tat très différent du premier, et récits de personnes victimes de violences sexuelles), en comparaison avec un groupe témoin non traumatisé. Le tableau ci-après montre **l'échelle de cotation « SPLIT-10 »**.

1	Mort	
2	Contexte spatio-temporel	
3	Etrangeté-Irréalité	
4	Métaphore ou comparaison	
5	Partie du corps	
6	Verbe de mouvement du corps ou de position du corps	
7	Pronom générique	
8	Perception- sensation	
9	Répétition	
10	Mot ou énoncé incomplet	
	Total/10	

Les items de la SPLIT-10 correspondent à cinq sous-dimensions psycholinguistiques compatibles avec les critères diagnostiques du DSM-5-TR dont nous suivons l'ordonnancement.

■ Référence à la mort (critère A — item n° 1) : lexique de la mort (item n° 1). Le lexique de la mort réfère à la classique définition d'événement potentiellement psycho traumatique.

■ Reviviscences verbales (critères B1 à B5 — items n° 8 et 9).

- Perceptions et sensations (item n° 8). Les reviviscences se manifestent par l'emploi des verbes de perceptions appelant les cinq sens (vue, ouïe, odorat, etc.). Ces verbes doivent avoir été employés au moins à deux reprises afin d'obtenir un bon seuil discriminant.

- Répétitions linguistiques (item n° 9). Le sujet blessé psychique réitère de manière contiguë le même mot (ou groupe de mots) plusieurs fois de suite, traduisant des difficultés d'accès lexical. Ces répétitions doivent avoir été employées au moins à trois reprises afin d'obtenir un bon seuil discriminant.

■ Indicibilité (critère C — item n° 10) : rupture de construction syntaxique (item n° 10). Les énoncés incomplets traduisent le mécanisme de difficulté d'accès lexical, où le discours se retrouve suspendu par des fractures, des vides.

■ Dissociation avec dépersonnalisation (critère S1 — items n° 5 à 7).

- Parties du corps (item n° 5). Le lexique corporel est surreprésenté.

- Verbes de mouvement ou de position du corps (item n° 6). En danger pour sa vie, le sujet fuit ou se rattache à son intégrité physique sur laquelle il se recroqueville.

- Pronom générique (item n° 7). Le patient emploie des pronoms génériques sur venant à la place du pronom « je » comme si le locuteur se voyait être éclipsé de la scène traumatique, réifié par un agresseur ou des circonstances emprisonnantes.

■ Dissociation avec déréalisation (critère S2 — items n° 2 à 4).

- Contexte spatio-temporel (item n° 2). Le locuteur fournit des détails précis concernant le contexte spatial par focalisation sur des éléments de l'environnement au détriment d'une vision d'ensemble. Les objets et détails insolites, et/ou chargés d'horreur, se détachent de la toile de fond, laquelle prend un aspect flou.

- Étrangeté — irréalité (item n° 3). L'irréalité de l'expérience traumatique, son étrangeté, est rapportée via le lexique éponyme évoquant l'aspect « surréaliste », l'impression de « trou noir », de « cauchemar », etc.

- Métaphores — comparaisons (item n° 4). Tentant de saisir ces ressentis atypiques, improbables, les personnes blessées psychiques ont régulièrement recours aux comparaisons et métaphores renvoyant à « un film », « une sorte de parenthèse » ou « un puzzle », à des objets tels des « dominos », des petits animaux tels des « lapins... moineaux... », etc. Ces linguomarqueurs sont beaucoup plus objectifs et spécifiques des blessures psychiques que la description du trouble de stress post-traumatique dans le DSM-5-TR et les échelles psychométriques ou entretiens structurés qui en dérivent : en effet, si un patient a utilisé tel mot, telle structure syntaxique, c'est un fait aisément qualifiable et quantifiable. En particulier, la notion de dissociation traumatique, écartée dans le DSM-5-TR, s'avère centrale dans la Split-10 : elle correspond à tous ses items (hormis l'item n° 1 indiquant la confrontation à la mort). Les linguomarqueurs que nous avons décrits sont donc des « biomarqueurs » corrélés aux symptômes traumatiques, au même titre que les marqueurs biologiques, neurophysiologiques ou neuroradiologiques, à ceci près que les linguomarqueurs sont aisément utilisables en pratique clinique de terrain. Grâce au traitement automatique des langues aidé des nouveaux programmes issus des intelligences artificielles, il existe déjà des logiciels en mesure d'analyser des centaines de composantes du langage parlé (Quillivic, Gayraud et Auxéméry, 2025).

Conclusion

La clinique post-traumatique peut se modéliser en quatre temps.

- 1. Secondes et minutes, correspondant à l'instant traumatique.
- 2. Heures, avec une réaction aiguë de dissociation, de fuite et/ou de sidération.
- 3. Jours, avec tendance soit vers la résolution, c'est-à-dire la guérison spontanée, soit différemment vers la fixation traumatique d'emblée ou après une phase de latence.
- 4. Années, en l'absence de traitement avec une majoration de la morbidité psychique, physique et sociale. À la suite d'un traumatisme unique dit « de type 1 », les symptômes sont multiples et complexes : en l'absence de soins, ils s'aggravent pour cliniquement s'approcher des conséquences cliniques des traumatismes de type 2 (traumatismes complexes — adversités de l'enfance) et de type 3 (violences macrosociales). Médiés par la dissociation, les troubles post-traumatiques restent souvent difficiles à diagnostiquer d'autant qu'ils sont frappés d'indicibilité. Ce symptôme, l'indicible, résultant de l'irreprésentabilité du trauma, de la dissociation, et encore des évitements, explique pourquoi une majorité de patients ne peuvent formuler une demande directe de soins. Au clinicien d'identifier avec précision les troubles et leur cause : en fonction des formes cliniques présentées, les stratégies thérapeutiques seront différentes.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition revised. American Psychiatric Association Press.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLOS ONE*, 11(10), e0161645.
- Auxéméry, Y. (2019a). « Vers une nouvelle nosographie des troubles psychiques post-traumatiques : intérêts et limites ». *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 245-256.
- Auxéméry, Y. (2019b). De la séméiologie psychiatrique à la psycholinguistique : Définition d'un nouveau modèle de la clinique post-traumatique. *L'Évolution Psychiatrique*, 84(4), 631-643.
- Auxéméry, Y. (2021). Le traumatisme psychique constitue une blessure du langage par atteinte des réseaux de significations. *L'Évolution Psychiatrique* 2021, 86(2), 375-397.
- Auxéméry, Y. (2022). « Trouble de stress post-traumatique et symptômes dépressifs : "comorbidités" ou formes cliniques du trauma ? Description de la dépression dissociative ». *Annales Médico-Psychologiques*, 180(8), 800-807.
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2020). Le syndrome psycholinguistique traumatique. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(2), 509-528.
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2021). Identification des marques du traumatisme psychique dans le langage parlé : définition de l'échelle diagnostique « SPLIT-10 ». *Annales Médico-Psychologiques*, 179(10), 869-888.
- Auxéméry, Y., & Gayraud, F. (2025). *Le Trauma et le Langage. Du Langage Blessé au Langage Thérapeutique*. Dunod. 208 p.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial

Psychometric Evaluation: Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498.

Chidiac, N. (2025). *L'Écriture qui Guérit. Traumatisme de guerre et Littérature*. Odile Jacob. 285 p. Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob. 422 p.

Frabetti, M., Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2023). Étude de l'agentivité dans le discours de femmes souffrant de trouble de stress post-traumatique dans les suites de violences conjugales. *L'Encéphale*, 49(5), 516-524.

Gayraud, F., & Auxéméry, Y. (2022). Étude des références pronominales à soi dans les témoignages d'événements traumatiques de guerre et d'attentats. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(2), 327-346.

Tarquinio, C., & Auxéméry, Y. (2022). *Manuel des troubles psychotraumatiques — Théories et pratiques cliniques*. Paris : Dunod.

Chapitre 3. Approche psychanalytique du traumatisme psychique

NB : Nous nous servons des écrits de Lebigot François pour aborder cette question. Le support écrit de ce chapitre est fourni aux étudiants dans la version originale de l'auteur sous format PDF.

□

2

□

2

3.1. Bref historique

Les blessures physiques jusqu'à une époque récente n'étaient pas qualifiées de traumatiques. En grec ancien, trauma signifie blessure. Quelques années après l'apparition de ce terme en médecine et en chirurgie, il est importé dans le domaine de la pathologie mentale pour qualifier des «blessures psychiques». En 1888, Oppenheim⁽¹⁾ décrit une «Névrose Traumatique». Celle-ci comprenait un certain nombre de symptômes névrotiques, dont des cauchemars, qui n'apparaissaient qu'après l'accident, un accident de chemin de fer généralement.

Quelques années plus tard, Kraepelin⁽²⁾ décrit une «névrose d'effroi», qui ressemble beaucoup à notre névrose traumatique. Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'événement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident, mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses «leçons du mardi», Charcot⁽³⁾ présente beaucoup d'observations d'hystéries traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XX^e siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques: Abraham⁽⁴⁾ et Ferenczi⁽⁵⁾ pendant la 1^{ère} Guerre Mondiale, Freud⁽⁶⁾ entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi⁽⁵⁾ parlant plus précisément de la «fin de l'illusion d'immortalité». Freud⁽⁶⁾ utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle l'«effraction traumatique». Nous ne

– 5 –

nous étendrons pas ici sur la théorie freudienne du trauma, puisque c'est à partir d'elle que nous proposerons nos propres constructions. Notons seulement que c'est à partir de la névrose traumatique qu'il a remanié sa théorie des pulsions, proposant la dualité: pulsion de vie/pulsion de mort. Immérgé dans la culture américaine, Ferenczi⁽⁵⁾ refuse la notion de pulsion de mort, mais pose une description très argumentée et très détaillée des désordres que le traumatisme provoque dans l'appareil psychique.

Dans les décennies de l'après-guerre, les psychiatres qui ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tiré des travaux des psychanalystes et de leurs prédécesseurs une description clinique de l'affection bien articulée et complète. Ça a été le cas des psychiatres militaires français: citons le livre de Juillet et Moutin⁽⁷⁾, l'article princeps de Crocq⁽⁸⁾ et un peu plus tard le livre de Barrois⁽⁹⁾. La description que nous proposerons sera très proche des travaux de ces auteurs.

Dix ans après la guerre du Viêt nam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «PostTraumatic Stress Disorder». La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. Ce petit livre se propose de présenter les conceptions qui ont fait leurs preuves sur le trauma et la névrose traumatique et de montrer en quoi elles diffèrent du stress et du «Post-Traumatic Stress Disorder». Car il y a un enjeu diagnostique et thérapeutique important entre les deux conceptions présentes en Europe.

3.2. Clinique du traumatisme psychique

Nous écarterons d'abord une source de possible confusion. Il ne s'agit pas ici du «trauma sexuel infantile» de Freud, par lequel il expliquait dans les débuts de l'invention de la psychanalyse les symptômes de la névrose. Il s'agit du trauma de la mort, de l'anéantissement, qui peut d'ailleurs être le résultat d'une agression sexuelle. Voyons donc d'abord les caractéristiques de ce trauma.

Confrontation avec le Réel de la mort

Le traumatisme psychique résulte d'une *rencontre avec le «réel» de la mort*. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant. Nous pouvons répertorier trois types de situations qui peuvent être à l'origine d'un traumatisme:

Dans la première, *le sujet est lui-même* concerné de près par la mort: agression, accident de la voie publique, accident du travail, attentat, etc. Dans ces situations, il y a un bref instant où il s'est vu mort: il voit dans les yeux de l'agresseur qu'il va tirer, la voiture arrive sur lui à vive allure, il bascule dans le vide, la bombe explose à un mètre de lui.

Dans le deuxième type de situation, *la mort de l'autre*, de l'alter ego, survient brusquement sous les yeux du sujet. Un exemple: deux casques bleus sont de garde devant le Q.G. français à Sarajevo. Ils discutent tranquillement, la période est calme. Tout d'un coup l'un voit une tache rouge apparaître sur le front de l'autre, qui s'écroule au même moment, mort. Le survivant revivra la scène dans ses cauchemars.

La troisième situation est appelée *«la mort horrible»*. Les cadavres sont nombreux, et en mauvais état, mutilés, en cours de putréfaction. C'est le genre de spectacle qui s'offre aux sauveteurs qui arrivent sur un grand carambolage autoroutier ou à des soldats qui découvrent un charnier.

Le deuxième aspect du traumatisme psychique est l'effet qu'il a immédiatement sur le sujet: l'effroi

Freud tenait à ce que l'on distingue l'effroi de la peur et de l'angoisse. Pour lui, l'angoisse protégeait du traumatisme parce qu'elle renforçait la défense de l'appareil psychique, tandis que l'effroi était la manifestation intime de l'effraction traumatique. Nous reviendrons plus en détail sur cette question. L'effroi a deux versants: L'un concerne le niveau des représentations: toute idée, toute pensée, tout mot disparaissent de la conscience des sujets qui se vivent comme déshabités par le langage, comme s'ils avaient eu un bref moment la tête vide; ils décrivent un sentiment de panne, de black out, de blanc, d'arrêt sur image (l'image étant dans ce cas une image externe, dans quelques cas hallucinatoires, nous en donnerons des exemples). D'un autre côté, l'effroi se manifeste au niveau des affects. Là aussi, il y a un «blanc» de l'affect, justement ni peur ni angoisse: *«je n'ai même pas eu le temps d'avoir peur»*, dira à ses camarades ce soldat qui s'est retrouvé tout à coup avec le canon d'un fusil pointé sous son nez (le fusil s'est enrayé).

Ce moment de l'effroi est facile à repérer dans le discours du sujet, précocement en dehors de toute manifestation psychopathologique. Il signe qu'il y a eu effraction traumatique. Ce

qu'il faut savoir néanmoins, c'est qu'il peut être «oublié» avec la partie de l'événement qui a fait traumatisme, par le mécanisme du déni.

La soudaineté

L'élément de surprise auquel Freud était très attaché, on le rencontre dans tous les cas, même lorsque la situation rend probable un événement tel que celui qu'a rencontré la victime. Le soldat de tout à l'heure, dans la mêlée de la bataille, aurait pu ne pas être surpris de ce qui lui arrivait (à l'inverse de son camarade à Sarajevo). Aussi la surprise est-elle moins objective que subjective.

Un quatrième point mérite d'être souligné dans ce chapitre clinique: le trauma résulte toujours d'une perception ou d'une sensation.

Il est l'incrustation de quelque chose qu'on a vu, le plus souvent entendu: comme une explosion, senti: comme des odeurs de cadavre ou de fumée, goûté: goût de cyanure, ressenti: corps serré dans un étau ou secousses d'un tremblement de terre. Le trauma, c'est toujours du réel. Si douloureuse que soit pour le sujet une nouvelle apprise par le récit d'un tiers, si horrible que soit le spectacle vu au cinéma ou à la télévision, il n'y aura pas trauma, malgré l'ampleur éventuelle du choc émotionnel. On voit ici se profiler le seul diagnostic différentiel de la névrose traumatique. Dans l'opinion, deux situations se prêtent particulièrement à une confusion entre ce qui est un trauma et ce qui n'en est pas.

La première est le «traumatisme» par procuration: Deux personnes ont un lien très étroit, l'une des deux est victime d'un accident. Elle fera des cauchemars de répétition dans lesquels elle revivra l'accident. L'autre fera aussi des cauchemars, des cauchemars d'accident, qui n'ont pas les caractéristiques des cauchemars traumatiques (voir plus loin), qui sont des créations de ses fantasmes.

De même, il est faux de penser que le traumatisme puisse se transmettre d'une génération à l'autre.

Les cauchemars de camp de concentration des

enfants et petits-enfants de déportés sont eux aussi des constructions fantasmatiques et n'entrent pas dans le cadre des névroses traumatiques.

La nature de la prise en charge thérapeutique sera différente, il sera question dans ces deux cas d'analyser ce qui relie le sujet à la personne traumatisée, et non de s'occuper du retentissement d'un événement réel dans le psychisme.

3.3. Stress et trauma

Voyons maintenant comment nous pouvons nous représenter un traumatisme psychique. Nous utiliserons la métaphore économique de l'appareil psychique que nous propose Freud. En même temps, nous figurerons ce qui différencie le stress du trauma. Freud a représenté l'appareil comme un volume sphérique enveloppé dans une membrane hermétique qu'il appelait le «pare-excitation».

Dans la sphère, le réseau des représentations sur lequel circulent des petites quantités d'énergie, représente le fonctionnement de l'appareil psychique. Le pare-excitation a pour fonction de filtrer les énergies venant de l'extérieur, et d'arrêter celles qui, dépassant une certaine puissance, perturberaient à l'intérieur de la sphère la circulation des petites quantités d'énergie. Pour assurer ce rôle, la membrane du pare-excitation est chargée d'énergie positive.

Représentons la vésicule vivante comme un ballon, de football par exemple. Le stress comme le trauma agit comme une menace, menace à l'intégrité physique et/ou psychique (viol), menace vitale généralement. Dans le cas du stress (*to stress*: presser) l'enveloppe du pare-excitation plie, s'invagine, mais ne rompt pas, comme lorsque l'on enfonce son poing dans un ballon de football.

Mais revenons à la métaphore freudienne. À l'intérieur de la vésicule vivante, la pression augmente et crée une souffrance psychique. Celle-ci s'exprime par de l'angoisse, c'est-à-dire par un renforcement de l'énergie positive à la surface du pare-excitation qui augmente sa résistance. Une chose se voit dans cette figuration du stress, c'est que, quand la menace disparaît, la vésicule vivante, comme le ballon, reprend sa forme initiale. Il pourra rester un souvenir douloureux de l'événement, mais ce souvenir pris dans le réseau des représentations est destiné à évoluer, perdre sa charge anxieuse, voire subir un refoulement.

Il n'en va pas de même avec le traumatisme. Dans ce cas ce qui va devenir l'image traumatique, va traverser le pare-excitation, généralement quand l'appareil psychique est au repos,

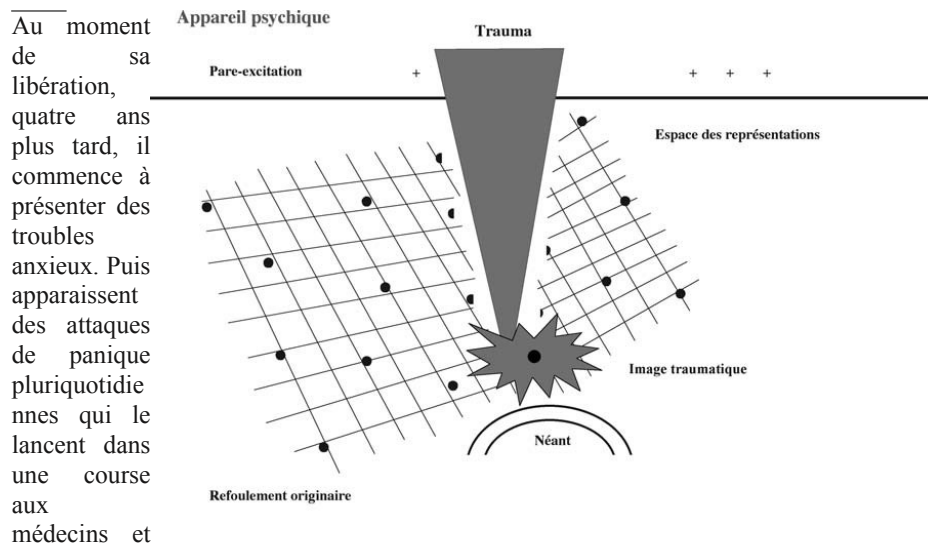
c'est-à-dire que la charge protectrice en énergie positive est faible.

Il y a selon l'expression consacrée depuis Freud «effraction du pare-excitation», incrustation d'un «corps étranger interne» à l'intérieur de l'appareil psychique. Ce corps étranger qui est d'une tout autre nature que les représentations, très chargé en énergie, va perturber le fonctionnement de l'appareil. Il a une autre caractéristique, c'est qu'il peut demeurer là éventuellement toute la vie du sujet, réapparaissant à la conscience sous la forme d'un phénomène de mémoire, ce qui est l'opposé d'un souvenir (conscient ou refoulé). Il donnera lieu au syndrome de répétition dont nous parlerons dans la clinique de la névrose traumatique.

Alors, pourquoi parlons-nous couramment aujourd'hui de «stress traumatique?» Dans une majorité d'événements traumatogènes, il y a à la fois du trauma et du stress.

Prenons l'exemple d'un attentat dans le métro. Il y a l'explosion de la bombe, qui fait effraction. Puis le spectacle des morts et des blessés, le sujet lui-même peut être blessé, la fumée qui envahit le wagon, les cris des passagers, les secours qui n'arrivent pas... Soit tout ce qu'il faut pour créer de la peur et de l'angoisse, c'est-à-dire du stress. C'est la raison pour laquelle les rescapés de telles situations nous apparaissent d'abord comme des gens «stressés», puisque comme nous le verrons, le syndrome de répétition traumatique n'apparaît que plus tard.

Mais certains patients nous montrent qu'il y a des raisons de distinguer le trauma du stress. Ce jeune soldat est à Kigali (Rwanda) en 1994 avec un groupe de 300 parachutistes français venus là pour «extraire» les membres du corps diplomatique des pays européens. Dans une ruelle de la ville où il marche avec un camarade, ils passent devant le cadavre d'un homme qui a le crâne fendu et d'où sort du sang et de la cervelle. Il dit alors à son camarade: *«C'est curieux que tout ceci ne nous fasse rien»*. Il termine son temps d'engagement.



il «mange» des anxiolytiques par poignées. Une psychologue lui conseille d'aller voir un psychiatre militaire parce qu'elle a le sentiment que tout ça a à voir avec ses années dans l'armée. Il est hospitalisé. Au bout de quelques jours, il arrive un matin dans le bureau du médecin qui s'occupe de lui. Il est d'une pâleur effrayante. *«Cette nuit, ça a explosé dans ma tête, j'avais devant mes yeux le visage de ce cadavre à la tête fendue, mais le pire, c'est qu'il avait l'expression de quelqu'un qui vient de voir le diable en personne»*. Il faudra trois ans de psychothérapie pour guérir ce garçon de sa névrose traumatique. (Nous avons vu une séquence assez comparable chez une jeune fille qui avait vu s'écraser à ses pieds, sur le trottoir, le corps d'un homme qui s'était défenestré). Comme on le voit dans ce cas et dans bien d'autres, le trauma n'a rien à voir avec le stress.

3.4. Psychopathologie du trauma et ses incidences dans la clinique

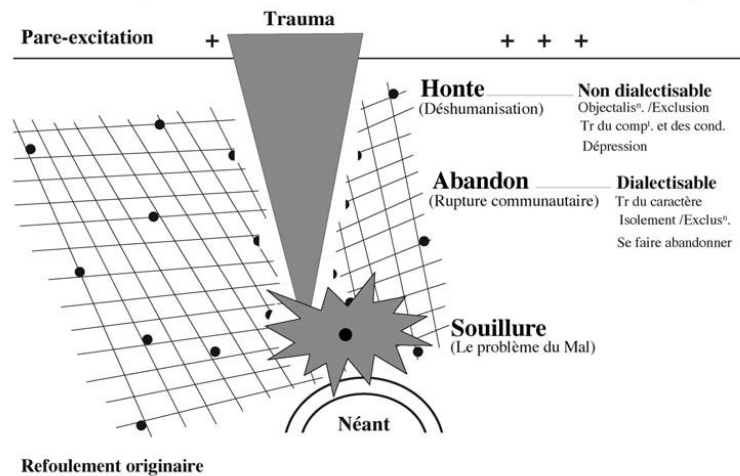
Nous continuerons à utiliser la métaphore freudienne en la complexifiant. Réalisons maintenant une figure faite de lignes horizontales, étagées en strates. (*schéma ci-contre*) En haut du schéma, il y aura le monde extérieur, puis la barre du pare-excitation qui délimite le dehors du dedans. Sous le pare-excitation, il y aura le réseau des représentations, c'est-à-dire un grand espace qui forme l'essentiel de l'appareil psychique. En bas du schéma, il y aura une ligne épaisse représentant ce que Freud appelait le refoulement originiaire.



– 15 – Cette barre sépare l'espace des représentations et tout en bas des éprouvés

Effets cliniques de l'effraction

(figure 1)

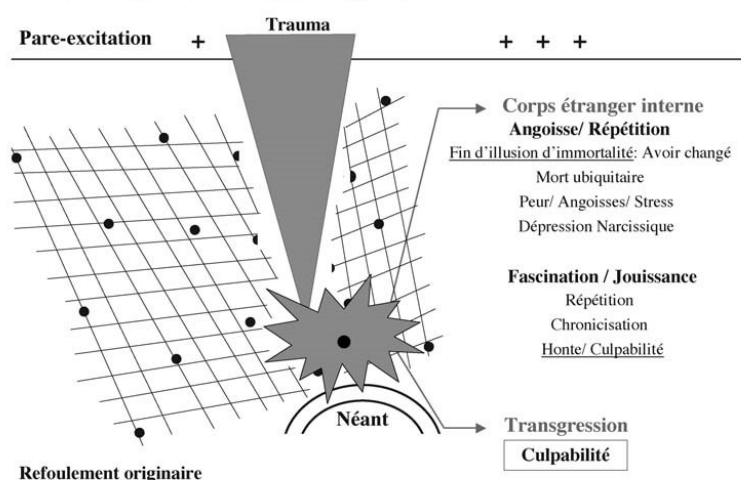


originaires: c'est-à-dire les premiers éprouvés du fœtus et du nourrisson avant que le langage ne lui permette de les nommer. Le refoulement originair ou primaire rendra pour le sujet le monde de l'originair inaccessible et interdit. Nous ne parlerons pas ici du refoulement secondaire appelé généralement le refoulement sans plus de précision. Il ne porte que sur les représentations et les affects qui leur sont attachés, et ne joue à peu près aucun rôle dans l'incrustation de l'image traumatique et des symptômes qui vont apparaître.

Dans l'appareil psychique ainsi schématisé, il faut maintenant se représenter l'image de la scène traumatique comme un bloc franchissant le pare-excitation en provenance du dehors, traversant la zone des représentations et venant se fixer sur la ligne du refoulement originair. Nous porterons maintenant notre attention sur ce qui se passe en trois points: le sillage laissé dans la zone des représentations par le passage du bloc traumatique, les effets directs sur l'appareil psychique de l'image incrustée, et son voisinage avec l'originair. (schéma ci-contre)

Dans sa traversée, le bloc traumatique repousse les représentations (les signifiants) et les émotions qui leur sont associées. On reconnaît là ce qui fait l'effroi, la disparition de toute pensée, de toute émotion. Pendant un moment, le sujet a été privé de langage. Or l'homme est un être de langage et dans cet instant, c'est pour lui comme s'il avait été déshumanisé. Comme s'il avait été exclu de la communauté des hommes, abandonné des siens. Il en résulte de puissants et durables sentiments de honte et d'abandon. Selon les patients, ils expriment ce sentiment de honte, incompréhensible pour eux, lié à leur expérience de déshumanisation. La honte s'ils ne peuvent la dire, se lit de toute façon à travers leurs comportements: ne

Effets cliniques de l'effraction (figure 2)



plus
vouloir
sortir
de chez
soi,
sauf la
nuit,
porter
des
lunette
s
noires,
raser
les
murs...
Le
sentim
ent
d'aba
ndon
est

plus facilement exprimé. Les rescapés en veulent à tous les êtres humains, même leurs proches: «Je sais bien qu'ils n'y sont pour rien, mais ça ne m'empêche pas de leur en vouloir», disait ce jeune grandpère victime d'une agression bien avant la naissance de ses petits- enfants.

Dans les cas graves, la formule passive: *avoir été abandonné* se transforme dans l'inconscient en formule active: *se faire abandonner*, qui est à l'origine des conduites dont le but, non reconnu comme tel, est de provoquer des ruptures. La réalité semble alors donner raison au sujet: il est effectivement abandonné. D'où de nombreux cas de divorce, de licenciement, de perte du logement. Il faut comprendre aussi dans cette logique d'auto-exclusion les désocialisations totales, les suicides et les évolutions vers un alcoolisme censé aussi être un remède à la honte.

L'étage en dessous est celui de l'image incrustée. Dans la clinique, elle entraînera plusieurs types de conséquences.

La première et la plus spectaculaire: c'est le syndrome de répétition, c'est-à-dire la possibilité pour l'image traumatique de réapparaître à la conscience intacte, telle qu'elle a été perçue sur le moment, au détail près et comme si l'évènement était en train de se produire. Ce sentiment très puissant de revivre cet évènement parfois quarante ou cinquante ans après étonne douloureusement les patients, de même qu'ils ne peuvent pas admettre que leur volonté est impuissante à avoir un quelconque pouvoir d'en empêcher ou modifier la survenue. Rien à voir donc avec un souvenir dans lequel l'évènement est retravaillé en permanence par les représentations comme dans le stress.

Nous avons déjà dit que
l'expérience traumatique



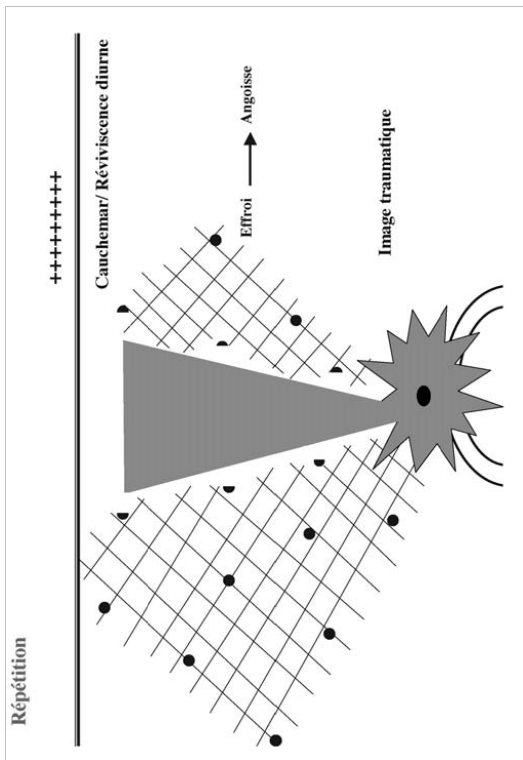
apportait au sujet une connaissance intime du réel de la mort comme néantisation. L'image incrustée est là pour sans cesse le lui rappeler. La mort est alors partout, derrière cette porte il y a certainement quelqu'un qui m'attend avec un fusil, je dois vérifier si sous ce siège, il n'y a pas une bombe, quand on me demande ce que je vais faire aux vacances prochaines, ça me donne presque envie de rire... Cette ubiquité de la mort est à l'origine de multiples manifestations anxieuses que nous détaillerons dans la clinique.

La deuxième conséquence de cette image incrustée résulte de la fascination qu'elle exerce sur le patient. Celle-ci reste en arrière-plan dans les premiers temps de l'évolution de la névrose traumatique où l'angoisse l'emporte. Peu à peu, au fur et à mesure que le sujet parvient à composer avec la présence de ce «corps étranger interne», la fascination constitue un contre-poids sérieux à l'angoisse. Elle est à l'origine d'un attachement au trauma qui va compliquer singulièrement la thérapeutique si la névrose n'est pas prise en charge suffisamment tôt. Ce phénomène ne devrait pas nous surprendre quand on voit la fascination qu'exercent sur les gens ordinaires les spectacles d'horreur: attroupements autour des accidents sur la voie publique, succès de certaines émissions télévisées ou de certains films... La fascination que l'on retrouve ici chez tous les sujets mais plus particulièrement dans la contemplation de l'image traumatique, correspond en langage Lacanien à de la «jouissance» (inconsciente).

En bas de notre schéma, nous trouvons la barre du refoulement originaire, sur laquelle est incrustée l'image traumatique. Pourquoi cette proximité? Sans doute parce que celle-ci recèle des contenus semblables à ceux du refoulé originaire: image d'horreur et sentiment de complétude provoquant à la fois angoisse de néantisation et jouissance totale, avec absence d'éléments langagiers. Cet espace est celui où il est interdit au petit d'homme de revenir, et où là, il revient par

– 20 –

l'intermédiaire du traumatisme. C'est comme s'il retournait dans le ventre de sa mère, un équivalent de l'inceste, fait remarquer Liliane Daligand⁽¹⁰⁾. Qu'importe que le sujet puisse arguer qu'il ne l'a ni voulu, ni souhaité, ni désiré, il a franchi une barrière interdite, il est dans la transgression, une



transgression qui s'accomplira de nouveau à chaque manifestation du syndrome de répétition.

Il n'est pas étonnant dès lors que toutes les victimes se sentent coupables, soit ouvertement le plus souvent, soit la culpabilité est projetée (sur les supposés responsables de la catastrophe), soit elle est refoulée, mais apparaîtra dans des symptômes ou au cours de la psychothérapie. Ce phénomène intrigant et un peu révoltant a donné lieu à des explications qui sont destinées

à satisfaire la raison, de la part des patients comme de celle des psychiatres: culpabilité du survivant unanimement retenue dans les catastrophes collectives, culpabilité de n'en avoir pas fait assez pour les autres, jusqu'à des raisonnements beaucoup plus irrationnels. Ainsi la culpabilité est-elle au cœur de l'ensemble des éprouvés qui seront la matière des divers symptômes de la névrose traumatique, avec la honte, l'abandon, l'ubiquité de la mort, la fascination horrifiée...

On ne s'étonnera pas alors de la richesse et de la diversité des manifestations cliniques que nous aurons à décrire, mais pas comme des «comorbidités», ainsi que l'impose la pensée anglosaxonne, mais comme des phénomènes présents ou en germe dès l'effraction traumatique.

Ainsi, la névrose traumatique ne se résume pas au retour périodique des images traumatiques, mais il faut tenir compte, y compris dans nos entreprises thérapeutiques, de tous les bouleversements qu'apporte l'effraction dans l'appareil psychique. Les conséquences dans la clinique du traumatisme psychique

3.5. Les effets immédiats et précoces

Nous ne nous étendrons pas longtemps sur cette clinique des troubles qui suivent l'impact traumatique, c'est le plus souvent une clinique de l'angoisse, qui intéresse surtout les professionnels des soins d'urgence: psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques. Comme nous l'avons dit précédemment, il peut n'y avoir aucun trouble à cause d'une défense contre ce qui se présente au sujet par un déni du réel. Ce déni peut se mettre en

place une fraction de seconde plus tard, après le temps de l'effroi, ce moment de suspension de toute pensée et de tout affect. Parfois une perte de connaissance recouvrira tout ou une partie de l'événement, l'ôtant à la mémoire pendant une durée variable, parfois plusieurs années, parfois toute la vie, dans ce cas préférentiellement derrière le masque d'une affection psychosomatique grave. La mort s'est inscrite dans le corps.

La clinique de l'angoisse prend des formes très variables, depuis le stress adapté jusqu'à tous les degrés de modifications de l'état de conscience: dépersonnalisation et déréalisation, sentiment de vivre un rêve ou un cauchemar, accélération ou ralentissement du temps vécu, états confusionnels avec perte de tous les repères spatio-temporels temporels et modifications qui peuvent être hallucinatoires de la réalité. Comme nous l'avons dit, sur le terrain, nous rencontrons surtout de grandes crises anxio-émotionnelles et des états de stupeur plus ou moins confuse. Dans les heures ou les jours qui suivent peuvent se développer des bouffées délirantes, des troubles graves de l'humeur, maniaques ou mélancoliques, ou débiter une dissociation schizophrénique.

Tous les patients présentant un état anxieux simple, avec ou sans modification de l'état de conscience, ne sont pas à coup sûr traumatisés. Il n'en reste pas moins que dans les plans catastrophes, dans les services d'urgence à l'hôpital et dans d'autres lieux destinés à recevoir des victimes d'agression, de mini-catastrophes individuelles, une place doit être faite à la prise en charge médico-psychologique.

3.6. Les troubles post-immédiats et à long terme

Les troubles post-immédiats sous leur aspect d'une symptomatologie psychiatrique sont une persistance ou une aggravation des troubles précoces. Dans l'ensemble, la période post-immédiate est constituée de manifestations mineures, anxiété «généralisée», dysphorie, mais surtout troubles du caractère (irritabilité, repli sur soi...), nécessitant une surveillance du devenir de ces sujets. Dans l'armée, ces symptômes provoquent un rapatriement sanitaire. Plus couramment, le post-immédiate est la période de stabilisation émotionnelle qui autorise des entreprises thérapeutiques telles que le débriefing.

La phase de latence, c'est la caractéristique de la névrose traumatique qui a été la première à être reconnue. Après l'événement, la victime est asymptomatique pendant des semaines, des mois ou des années. C'est ce que nous avons cru constater au début de notre carrière chez tous nos patients anciens militaires (2^{ème} Guerre Mondiale, Indochine, Corée, Algérie). Puis au cours des années 80, nous avons dû réviser cette conception sur deux points. L'expérience faite avec de jeunes soldats pris en charge précocement, et avec certains des patients issus du milieu civil, surtout lorsqu'il s'agissait d'un événement touchant un grand nombre de personnes, montrait que la phase de latence pouvait ne durer que quelques heures. Un autre point nous est apparu concernant ces phases de latence: toutes n'étaient pas aussi silencieuses qu'on l'avait dit dans une clinique traditionnelle.

Les symptômes que nous décrirons dans la névrose traumatique peuvent apparaître dans cette période, avec plus ou moins de force, sauf le syndrome de répétition: angoisse sous toutes ses formes, dépression, troubles caractériels (très fréquents), maladies psychosomatiques... Notre soldat de Kigali, dans une mission suivante, dormait chaque fois qu'il n'était pas en service, ses camarades l'appelaient «la marmotte...!». La phase de latence cesse quand apparaît le syndrome de répétition, à l'occasion d'une situation ressemblant aux circonstances de l'événement traumatique ou pouvant être rattachée à lui d'une quelconque manière, comme les dates anniversaires, une émission à la télévision, etc. Le sujet entre alors «officiellement» si l'on peut dire, dans la névrose traumatique. Ce n'est d'ailleurs pas une raison suffisante à ses yeux pour qu'il vienne consulter, sauf parfois, s'il y est poussé par son entourage familial ou professionnel.

3.7. La névrose traumatique

Elle commence quand le déni de l'image traumatique prend fin. Elle comporte de multiples symptômes dont nous avons esquissé la genèse dans le chapitre précédent. Ils

ont chacun le pouvoir de susciter de la souffrance chez le sujet et l'entourage, et de créer du handicap.

– 25 –

Le syndrome de répétition

Il est constitué du retour de la scène traumatique, soit la nuit dans des cauchemars, soit le jour dans des reviviscences. Le sujet revit la scène comme s'il était en train de la vivre, c'est au détail près, détails qu'il a perçus sur le moment, et au temps présent. Il est à nouveau dans l'événement, et si c'est un cauchemar, il se réveille en sursaut, en sueur, et en proie à une angoisse extrême. Il met parfois du temps à retrouver la situation présente. Lors des reviviscences diurnes, le sujet étant éveillé, les choses sont un peu plus complexes. Celui-ci vit généralement en même temps le réel de l'événement et la réalité dans laquelle il se trouve. Cette femme a été victime d'un crash aérien où l'avion avait pris feu. Dès qu'elle sent une odeur de fumée ou de brûlé, elle s'enfuit en courant, comme elle avait fui pour s'éloigner de l'avion en feu.

Ce jeune soldat revient de Sarajevo. Dans une avenue paisible de Paris, il voit tout d'un coup des fusils apparaître aux fenêtres et il se jette sous une voiture, comme lorsqu'il était sur «Snipper Alley» dans la capitale bosniaque. Parfois, mais rarement heureusement, c'est l'image réelle qui l'emporte, et tout peut arriver, comme l'agression subite d'un quidam qui passe par là.

Les patients sentent ce risque et viennent consulter avec comme demande de faire en sorte que ça ne se produise pas. En principe, les phénomènes de répétition restent strictement fidèles à la scène initiale, ce qui étonne beaucoup les patients qui plus d'un demi-siècle après, revivent un événement appartenant à leur jeunesse. Toutefois, surtout les cauchemars sont parfois capables d'évoluer, ce qui est plutôt bon signe. Cela se voit particulièrement au cours des psychothérapies. Le «corps étranger interne» est pris en charge partiellement ou complètement par les représentations, sauf le moment de la rencontre avec la mort.

Les nouveaux scénarios sont intéressants à prendre en compte, car ils représentent des tentatives d'élaboration du traumatisme à partir d'éléments de la vie psychique.

Terminons sur le syndrome de répétition pour rappeler qu'il est pathognomonique de la névrose traumatique. Ce qui veut dire qu'on ne le rencontre dans aucune autre affection, et qu'il est nécessaire pour porter ce diagnostic (nous verrons qu'à cause du déni, il y a quelques exceptions à cette règle).

Les autres symptômes ou syndromes

L'anxiété: c'est dans les troubles anxieux que le DSM classe le PTSD, sans que le déroulement des symptômes qui mènent à ce diagnostic ne le justifie de manière évidente. L'anxiété ou l'angoisse sont souvent au premier plan du tableau clinique ou colorent toute la symptomatologie. Nous trouverons une angoisse de fond (anxiété généralisée), des crises d'angoisse aiguës (attaques de panique), toutes sortes de phobies surtout en rapport avec l'événement traumatique (foule, transports en commun...). Ce qui n'empêche pas que d'autres situations puissent être phobogènes, jusqu'à la panphobie: le sujet craint le monde extérieur et reste confiné chez lui, volets clos. L'anxiété infiltre avec plus ou moins de force la dépression, les troubles du caractère et des conduites, les manifestations psychosomatiques. Elle peut être aussi à l'origine de plaintes somatiques, essentiellement des douleurs. Ce point est particulièrement préoccupant lorsque la victime a eu de graves blessures physiques, suivies parfois de multiples opérations. Les douleurs paraissent justifiées au moins un certain temps, variable selon les blessures et les interventions réparatrices qu'il a fallu pratiquer. Mais vient un temps où les antalgiques n'ont plus l'efficacité qu'ils devraient avoir, où pour les chirurgiens, les douleurs sont d'origine purement psychogène. Et le plus souvent, elles le sont en effet. Nous nous trouvons là devant l'installation d'un cercle vicieux qu'il est très difficile de rompre: les douleurs réactivent le trauma, et le trauma réactive l'angoisse, s'exprimant ici à travers les douleurs.

La dépression: comme nous l'avons dit, elle est toujours présente dans la névrose traumatique, précédant parfois l'apparition du syndrome de répétition. Elle va de la simple tristesse avec manque d'entrain à la mélancolie délirante, caractérisée par un délire de persécution à mécanisme interprétatif. Entre ces deux extrêmes, la dépression a une forme classique: tristesse de l'humeur, inhibition psychique et psychomotrice, c'est-à-dire sentiment de fatigue physique et psychique, surtout le matin, aboulie avec difficulté d'entreprendre, troubles de la mémoire, de la concentration et surtout de l'attention (leur esprit est mobilisé ailleurs, baisse de la libido, plaintes somatiques comme des céphalées...). Le niveau d'angoisse mêlée à la dépression est variable, tantôt celle-ci est au premier plan dans les entraves et la souffrance qu'elle apporte à la vie du sujet, tantôt la

dépression terrasse le patient dans une douloureuse inaction, tantôt angoisse et dépression conjuguent leurs effets à parts égales.

Les troubles du caractère: ils sont constants et variables dans leur forme et dans leur intensité: repli sur soi, irritabilité accompagnée de sentiments vagues ou exprimés dans une plainte, agressivité dont le sujet n'a pas toujours conscience, violence dans la famille ou à l'extérieur. Ce soldat encore jeune demande un bilan de santé dix ans après la guerre du Golfe à laquelle il a participé comme jeune engagé. Il se sent «malade», mal dans sa peau, mais il ne rechigne pas à accomplir son service, quoique sans entrain. À l'entretien on trouve un épisode traumatique dans le Golfe, auquel il n'avait pas accordé une grande importance et qui donnait lieu à de rares cauchemars. Dans le déroulement de l'entretien, il prend conscience de ce qu'il a changé de caractère après l'événement: «*Alors c'est ma femme qui avait raison!*». Même chose pour ce cadre important d'une grande entreprise, que ses deux filles adorées avaient poussé à consulter un psychiatre. Lui ne comprenait pas pourquoi. Il avait échappé par miracle à un incendie dans l'étage de la direction. Son bureau avait été vite envahi par une fumée noire et épaisse. Il a perdu connaissance peu de temps avant que les pompiers ne le trouvent et l'emmènent. Depuis cet événement, cet homme jusque là facile à vivre était devenu insupportable pour sa famille. Les troubles du caractère peuvent donner naissance à des troubles des conduites ou des passages à l'acte.

Les troubles des conduites: ils ont la particularité d'être la phase finale du parcours de l'exclusion dans les névroses traumatiques graves. En France, ils prennent très souvent l'aspect de l'installation d'un alcoolisme qui conduit parfois certains patients à la clochardisation. L'usage de l'alcool a, à première vue, valeur anxiolytique et renarcissisante. Plus profondément, l'alcool est un équivalent empoisonné du lait maternel, il provoque une régression qui les met en accord avec ce que le trauma a présentifié de l'originaire. Au cours des alcoolisations, des passages à l'acte graves peuvent être commis, alors que la honte est levée et que la culpabilité a disparu comme frein. D'autres troubles de conduites sont fréquents, citons parmi eux: les toxicomanies qui conduisent à une exclusion sociale et parfois à la mort, les troubles de conduites alimentaires, sexuelles (viol) et les consommations excessives de psychotropes. Le suicide est la forme la plus radicale de l'exclusion. Souvent, il prend la forme de «suicide ordalique» dans lequel le sujet laisse répétitivement au hasard ou à la providence le soin de décider s'il doit vivre ou mourir. Il est principalement à l'origine d'accidents mortels de la voie publique. L'attrait de ces traumatisés pour la mort reste un mystère pour eux-mêmes, alors, que c'est justement à la mort qu'ils ont échappé.

Ce à quoi ils veulent se soustraire, c'est moins à l'angoisse générée par l'événement qu'à une jouissance inconsciente mais culpabilisante.

Les passages à l'acte: ils peuvent surgir dans le contexte d'un trouble des conduites, par exemple troubles des conduites agressives, comme ce jeune homme qui fréquentait les cabarets la nuit pour chercher la bagarre, ou dépressives, ayant déjà fait une tentative de suicide, se jetant par la fenêtre à la suite d'une remarque humiliante que vient de lui faire un membre de sa famille. Là, ils peuvent survenir de manière tout à fait inattendue. Parfois le patient pressent ce risque, et, quand il redoute un passage à l'acte meurtrier, il va spontanément consulter. Jusqu'à une époque récente, c'était la seule raison pour eux de consulter un psychiatre sans y être poussés. Ce jeune soldat est rentré depuis un an de Goma au Zaïre où, pendant cinq semaines, il a charrié des cadavres. Il est revenu de là-bas avec comme syndrome de répétition des bouffées d'odeur de charnier. Un jour, il effectue des manœuvres dans la campagne française, il est au volant d'un VAB (véhicule de l'avant blindé) sur une petite route. En face de lui, au bout de la ligne droite, arrive un véhicule de tourisme: «*J'ai piqué sur lui avec la ferme intention de les écrabouiller, comme des chiens. Ça aurait pu être mon père, ma mère, ma sœur; ça ne m'aurait rien fait, je ne sentais aucune émotion*». Au dernier moment, il change de direction et il ne sait toujours pas pourquoi. Les passages à l'acte ont souvent une dimension moins tragique, comme certains viols⁽¹¹⁾.

Les plaintes somatiques: elles sont fréquentes et se voient généralement dans un contexte anxieux ou dépressif, mais ont parfois la valeur d'un symptôme de conversion, en rapport avec l'un ou l'autre des aspects de l'événement.

Les maladies psychosomatiques: rappelons les douleurs des traumatisés physiques multiopérés

que nous avons déjà évoquées. Elles n'apparaissent pas dans les descriptions successives du PTSD, quoiqu'elles soient d'observation courante dans les névroses traumatiques. C'est d'autant plus étonnant que le stress à lui tout seul est un bon pourvoyeur d'affections de ce type. Celles-ci vont des affections cutanées à la survenue de maladies mortelles ou

très invalidantes nécessitant des soins médicaux voire chirurgicaux: ulcères gastroduodénaux, hypertension artérielle, myxoedème, diabète insulino-dépendant, voire des tumeurs cancéreuses (même si la «preuve» n'en a pas encore été formellement apportée)... Parfois dans les maladies graves, il n'y a ni syndrome de répétition, ni souvenir d'un moment d'effroi. Ceux-ci n'apparaîtront que si un travail psychothérapique a été possible, c'est-à-dire souhaité par le patient. L'amener sans son consentement dans la zone du trauma peut avoir des conséquences somatiques graves.

3.8. Évolutions de la névrose traumatique

C'est une question difficile à traiter, tant il y a de variations individuelles et de possibilités de changement de mode évolutif chez un même sujet.

Les évolutions «bénignes»: elles sont nombreuses. Peu après l'événement, le sujet peut avoir de fréquents cauchemars, qui s'espacent et disparaissent au cours des mois ou des années qui suivent. Les autres symptômes n'ont été présents que quelques jours ou semaines, et les cauchemars devenus rares n'affectent pas la vie du sujet. De même qu'on ne pourrait pas parler ici de PTSD, de même l'étiquette de névrose traumatique n'est pas justifiée. Nous ne retrouvons pas ici l'évolution d'une «névrose».

L'étiopathogénie

La névrose traumatique a de tout temps rencontré beaucoup de scepticisme de la part des proches des victimes, autant que de la part de leurs médecins, fussent-ils psychiatres. Les choses sont en train de changer, mais une suspicion demeure à partir de la question: pourquoi lui, six mois après, est-il encore malade, alors que l'autre a repris une vie normale au bout de quinze jours? Il est très difficile de répondre clairement à cette question dont une partie au moins de la réponse se trouve chez celui qui la pose.

Pour essayer de s'y retrouver, il faut d'abord distinguer le traumatisme psychique et la névrose traumatique. N'importe qui est susceptible d'être un jour le lieu d'une effraction traumatique. La clinique nous montre aussi que certains facteurs facilitent considérablement le traumatisme, outre la violence extrême du choc, la fatigue physique et/ou morale (soldat en campagne), la passivité (métro), l'activité fantasmatique du moment («le traumatisme résulte d'une rencontre d'un événement et d'un sujet»), une action hors la loi en cours, un deuil récent, un traumatisme antérieur etc.

La névrose traumatique, nécessite qu'il y ait traumatisme d'où l'intérêt des facteurs précédents. C'est une condition nécessaire mais pas suffisante. Sur le long terme, nous n'avons jamais eu à traiter des patients qui ne soient pas névrotiques.

À l'inverse, nous avons vu souvent dans le milieu militaire des sujets qui avaient traversé une expérience traumatique, avaient présenté des cauchemars pendant un temps limité ou bien de façon très espacée, et n'étaient pas rentrés dans une névrose. Les cauchemars avaient été d'ailleurs leur seul symptôme. Il n'était pas possible de les soumettre à un examen clinique en règle, mais l'impression qui se dégageait d'une conversation (ou plusieurs) les faisait apparaître comme des sujets «névrotico-normaux».

Nous avons fait une constatation similaire dans le civil, avec des patients vus dans les jours suivant immédiatement le traumatisme, et qui guérissaient avec une facilité déconcertante avec deux ou trois entretiens qui n'allaient pas très loin. Là aussi, les «symptômes d'accompagnement» étaient réduits au minimum et la personnalité rentrait dans ce cadre des «névrotico-normaux».

Ce qui fait qu'on ne peut pas affirmer qu'une personnalité névrotique soit d'une manière générale un facteur prédisposant au traumatisme. En revanche, elle intervient nécessairement dans la pérennisation des troubles. Nous aurons à essayer de comprendre comment dans le chapitre où nous traiterons des psychothérapies psychodynamiques.

3.9. La thérapeutique

La clinique et la psychopathologie sont le point de départ de toute action thérapeutique, si l'on veut soigner, non pas des symptômes post-traumatiques, mais des sujets traumatisés. Schématiquement, on distingue trois phases dans le traitement, qui correspondent à ces trois étages que nous avons désignés dans notre schéma de l'effraction.

Les soins immédiats

Ils sont donnés pendant les heures qui suivent l'exposition du sujet à l'événement. Généralement, on ne sait pas qui est traumatisé et qui est simplement stressé car, nous l'avons dit, ce sont les symptômes du stress qui apparaissent d'abord. S'il y a trauma, le syndrome de répétition ne se manifesterait que dans les jours, les semaines, les mois ou même les années qui suivent.

En France, les «Cellules d'Urgence MédicoPsychologique»⁽¹²⁾ (CUMP) ont été créées pour que les victimes bénéficient de soins immédiats, de même que les SAMU arrivent le plus tôt possible sur les lieux d'un accident ou une catastrophe. Les équipes des CUMP sont reliées aux SAMU et activées par lui. Elles sont composées de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers psychiatriques, qui se relaient pour réaliser une astreinte permanente sur le département.

La première fonction des intervenants immédiats est une fonction de présence. Leur communauté d'appartenance envoie auprès des victimes ses spécialistes des blessures psychiques pour s'enquérir de leur état, écouter le récit de l'«enfer» qu'elles ont traversé, leur proposer une aide psychologique. Le point visé ici est celui de l'abandon, dont on sait qu'il peut être si douloureux en cas d'effraction traumatique (*«ne plus retrouver ma section, ça a été pire pour moi que le moment où j'avais le canon du fusil entre les deux yeux»*). Dans les suivis à long terme commencés des mois ou des années après l'événement, chez les plus graves, on trouve un abandon qu'ils ont pu vivre comme réel, telle cette jeune femme qui s'est précipitée hors de la bouche de métro après l'attentat, s'est jetée vers une cabine téléphonique, et a refait frénétiquement cent fois le numéro de son ami en vain, et s'est écroulée sur le sol, le combiné pendant auprès d'elle. Elle est restée comme ça, dans un état de demi-stupeur, jusqu'à ce qu'une ronde de policier la ramène chez elle. Un an plus tard, elle vivait seule dans un petit deux pièces dont elle ne sortait jamais, avec trois molosses qui la gardaient. Sa nombreuse parentèle assurait la logistique.

La deuxième fonction qu'assurent les intervenants immédiats est une fonction d'interlocation. Il s'agit dès ce moment de solliciter une parole sur l'expérience qui a été traversée. Même si les individus abordés s'y refusent, ils voient les autres parler aux soignants et, s'ils sont traumatisés, ils comprennent vite que la parole est le contre-poison des images. Pour les victimes hébétées ou sidérées, muettes le plus souvent, la reconstitution d'un lien verbal est plus évidemment encore un retour dans la «communauté des vivants»⁽¹³⁾. Souvent, on peut aider à ce renouage de l'un avec les autres par un contact physique par lequel le soignant impose sa présence. Ces premiers soins s'adressent à des sujets dont on

ne sait rien, qui peuvent présenter des réactions psychopathologiques très diverses, nécessitant parfois l'usage de psychotropes, ou, avec des psychotiques par exemple, requérant un abord particulier. Il est alors d'autant plus évident que ces actions doivent être conduites par des professionnels du soin en psychiatrie. Les soins immédiats ont d'autres aspects importants que nous ne détaillerons pas ici :

- leur organisation avant et surtout pendant toute la durée de l'intervention,
- les rapports avec les équipes médicales et avec les autorités administratives,

- les rapports avec les secouristes et les services sociaux, mais aussi l'organisation du suivi des victimes qui commence par la distribution d'un certificat médical initial et d'une liste de lieux de consultation qu'il faudra leur commenter.

Tout ceci ne se met pas sur pied sur l'heure *ex nihilo* et devra faire l'objet d'une préparation, voire de simulations et de multiples prises de contact en prévision d'un événement catastrophique.

Les soins immédiats sont suivis de temps en temps par des soins précoces, lorsque la réaction immédiate se prolonge ou évolue vers un état psychopathologique: état «dissociatif», état délirant, troubles de l'humeur dont certains nécessitent une hospitalisation...

Nous n'en parlerons pas ici puisque ces soins ne se différencient pas des soins habituels en psychiatrie pour les pathologies réactionnelles. Disons simplement qu'il faut savoir dès le temps immédiat prévoir la survenue d'évolutions qui entrent dans le champ médical ou, à tout le moins, savoir quand la victime nécessite une surveillance et comment l'organiser.

Les soins post-immédiats

Ils prennent place dans les jours qui suivent l'événement, généralement une à deux semaines après. Ils sont souhaitables surtout si les soins ne se sont pas prolongés pendant cette période. Très souvent, il n'y a eu ni soins précoces, ni soins immédiats, particulièrement si l'événement n'a touché qu'une personne ou un tout petit groupe: agression, accident.

Ces soins post-immédiats sont variables en fonction de deux paramètres: la victime est seule ou appartient à un groupe dont les constituants n'ont pas de relations les uns avec les autres, comme les passagers d'une rame de métro. Ces victimes seront vues individuellement, mais selon leur état émotionnel, auront droit à un entretien «classique» ou un «débriefting». Comme on le verra, ces deux approches sont très différentes. Des sujets encore fragiles, qui n'ont pas encore pu faire jouer leurs mécanismes de défense pour endiguer le débordement émotionnel, ne pourront pas être soumis au questionnement serré qui caractérise le débriefting.

Il arrive que dans des groupes de victimes d'une catastrophe collective, des prises en charge individuelles ne soient pas possibles. On a recours à des groupes de parole, qui fonctionnent comme les groupes de parole que l'on a l'habitude de faire en psychiatrie, chacun ne dit que ce qu'il a envie de dire. Cette technique est aussi employée avec des groupes constitués qui semblent encore très fragilisés par ce qu'ils ont vécu au moment où les soins post-immédiats sont organisés.

Dans le cas contraire, ils bénéficieront d'un débriefting collectif. C'est par lui que nous commencerons notre description de cette phase des soins, car cette technique est celle qui pose le plus de problèmes aux soignants, mais il faut savoir que c'est la plus rarement employée, et qu'il ne faut y recourir que lorsque l'on est sûr de son indication.

Le débriefting collectif. Comme nous l'avons dit, il s'adresse à des groupes constitués, c'est-à-dire à des personnels qui se connaissent, qui ont l'habitude de travailler ensemble, et qui devront à nouveau travailler ensemble par la suite. Il s'agit de militaires, de policiers ou gendarmes, et ce qu'il peut apporter pour chacun, par la liaison des faits, des émotions et des pensées, de germe pour une élaboration de l'événement.

Néanmoins, même dans un groupe constitué, il peut y avoir des contre-indications à procéder à un débriefting. Celui-ci ne peut fonctionner que si s'établissent entre les participants des identifications «de Moi à Moi», autrement dit que chacun puisse se mettre à la place de l'autre. Ceci est à apprécier à chaque fois. Citons les situations les plus fréquentes qui de ce point de vue-là constituent des contre-indications au débriefting collectif: la présence de membres d'une même famille, les groupes conflictuels, ou lorsque qu'un membre du groupe est responsable de toute ou une partie de la catastrophe qu'ils ont dû affronter. Précisons enfin que s'il y a eu des morts dans l'évènement, le débriefting attendra que soient accomplis les rituels funéraires, et s'il y a des blessés, ils seront vus individuellement à l'hôpital.

L'après-débriefting. C'est un temps essentiel, qui seul peut valider la procédure. Il consiste en un entretien individuel, qui permet de tirer la conclusion de la séance collective, d'ajouter ce que le sujet n'a pas pu dire publiquement parce que trop intime ou parce qu'il «n'y a pas pensé»... Selon les cas, d'autres entretiens paraissent nécessaires.

Le débriefting individuel. Il est plus facile à mettre en œuvre que le débriefting collectif et il

faut savoir, dans beaucoup de situations d'indication incertaine, le préférer à celui-là. Il fonctionne sur les mêmes principes: le reparcours de l'événement avec à chaque fois les faits, les émotions et les pensées, puis un moment où seront exposées les circonstances qui ont amené le sujet à se trouver dans cette situation et ce qui s'est passé pour lui depuis. L'inconvénient du débriefing individuel par rapport au débriefing collectif, c'est qu'il ne bénéficie pas de la forte dynamique de groupe du second mais en revanche, il permet des associations plus riches sur d'autres éléments de la vie ou de la pensée du sujet. Ainsi pourra déjà être ébauchée une inscription de l'événement dans l'histoire de celui-ci. Le débriefing individuel doit lui aussi être suivi d'un 2^{ème} entretien dans les jours qui suivent, parfois de plusieurs. Remarquons dès à présent, que si le débriefing individuel a sa place dans les soins post-immédiats, il peut être utilisé également dans le cours d'une psychothérapie à long terme à un moment où il paraît indispensable. D'ailleurs, c'est souvent le patient lui-même qui nous amène à prendre cette décision. Nous en verrons des exemples dans le chapitre suivant.

Entretiens individuels et groupes de parole. Comme nous l'avons vu, ils sont indiqués à cette phase lorsque l'état émotionnel des victimes ne permet pas de revenir en détails sur l'événement. Car on risque alors, au lieu de susciter une parole sur un vécu, de provoquer une reviviscence de l'événement, c'est probablement une raison de l'échec du débriefing américain⁽¹⁴⁾ d'être institué trop tôt (24 à 72 h). Leurs techniques ne demandent pas d'avoir recours à des concepts spécifiques au trauma: ils sont simplement un accueil de la parole de la victime et celle-ci ne dit que ce qu'elle a envie de dire. D'ailleurs, la parole ne manque jamais, justement à cause de l'état de bouleversement émotionnel des participants. Comme le débriefing individuel et le débriefing collectif, il est absolument impérieux, après un entretien ou un groupe de parole, de revoir des sujets individuellement au moins une fois dans les jours qui suivent.

Les psychothérapies à court, moyen et long terme

Cette vaste question nous oblige à revenir à la boussole que constitue la clinique, c'est-à-dire, à la distinction qu'il faut faire absolument entre l'effraction traumatique et ses conséquences et la névrose traumatique. L'effraction traumatique suppose qu'une image exogène s'est incrustée dans l'appareil psychique, on peut d'ailleurs admettre que n'importe quel sujet peut à un moment ou à un autre être le lieu de ce phénomène. Là où il faut faire des différences, c'est au niveau de la structure du sujet qui va subir cette effraction. Pour simplifier l'exposé, nous ferons la différence entre un sujet «névrotico-normal» et un sujet «névrotique». Nous nous expliquerons là-dessus plus loin. Disons tout de suite qu'un sujet névrotico-normal développera par la suite un syndrome de répétition traumatique, mais avec des symptômes associés présents à un degré variable les premiers jours, puis s'amendant rapidement les jours suivants, tandis que les cauchemars et les reviviscences persistent.

Le syndrome de répétition, s'il apparaît rapidement après l'événement, peut être intense au début mais disparaît spontanément en quelques semaines au maximum, ou se manifeste de temps en temps pendant des mois ou des années sans perturber la vie de la «victime». On peut même parfois dire dans ces cas que si le réveil du cauchemar se fait dans l'angoisse, à distance, le sujet semble plutôt amusé de ce retour de l'expérience traumatique, intacte des années après. Chez le sujet névrotique, il n'en va pas de même. Il semble que chez lui l'objet traumatique prenne une place importante dans le fonctionnement de son appareil psychique. Ce qui est étonnant, d'abord, c'est le temps que peut durer la classique «phase de latence»: des semaines, des mois voire des années, comme s'il était dans l'incapacité de prendre en compte l'impact de l'événement et était obligé d'exercer sur l'image traumatique un déni durable.

En revanche, dans toute cette période où le syndrome de répétition est absent, il présente des manifestations qui ressortent des symptômes associés: dépression, anxiété, trouble du caractère, etc. Ce déni signe la fragilisation du psychisme chez ce névrotique par le traumatisme qu'il a subi. Mais dans le même temps, la présence d'une symptomatologie qui anticipe ce que sera la névrose traumatique montre que l'appareil psychique est blessé et qu'il se défend comme il peut de ce corps étranger interne jusque là tenu au silence par le déni.

Expliquons-nous plus en détails sur cette distinction que nous proposons entre personnalité névrotico-normale et personnalité névrotique. Pour la clarté de la présentation que nous allons faire de la névrose traumatique, nous allons nous interroger sur la personnalité des sujets qui développent cette affection à la suite d'un traumatisme psychique.

Nous allons écarter d'emblée les structures psychotiques et perverses, les psychotiques développant des éclosions délirantes, les pervers n'ayant pas vocation à être traumatisés. Il nous reste les structures névrotiques, qui représentent plus de 95% de la population. Parmi elles, on distingue des structures hystériques, des structures obsessionnelles et des états limites. Il n'y a pas de structure normale, c'est-à-dire que personne ne peut se revendiquer d'une mythique normalité psychique.

Il y a un continuum qui va du moins névrotique au plus névrotique. Dans un langage courant, on dirait que les moins névrotiques (les névroticonormaux) sont des gens bien dans leurs rapports avec les autres, bien «dans leur rapport avec eux-même», qui ont une adaptation correcte à la réalité. Même dans ces cas, le psychiatre demande à y voir de plus près, les fausses «normalités» n'étant pas rares. Des événements, comme un traumatisme, mais pas seulement, peuvent révéler des lignes de fragilité insoupçonnées.

À l'inverse, chez un névrotique avéré, le traumatisme peut être de peu d'effet, par exemple un syndrome de répétition dans les premiers jours, sans développement ultérieur d'une névrose traumatique. Ce qui nous a amené à préciser ces distinctions, c'est que tous les patients que nous avons traités pour une névrose traumatique avaient une structure névrotique prononcée, quelle qu'ait été la qualité de vie qu'ils avaient auparavant. Nous avons cité les états limites. Ceux-ci doivent être considérés comme à la dernière limite de la névrose et sont donc candidats à développer une névrose traumatique.

Ce qui fait leur particularité, c'est que (bien qu'il arrive que nous ne puissions en apporter la preuve), ils ont déjà rencontré le traumatisme pendant leur enfance, parfois pendant qu'ils étaient encore nourrissons. Soit sous la forme d'un traumatisme unique, soit sous la forme de multiples traumatismes qui ont accompagné une maltraitance, des violences physiques, psychiques et/ou sexuelles, souvent familiales. D'autres situations malheureusement très répandues dans le monde aboutissent aux mêmes résultats: guerre «classique» ou civile, autres formes de la violence collective comme l'actualité internationale nous en a montré de nombreux exemples et qui atteignent tout particulièrement les enfants.

N'étant pas pédopsychiatre, nous ne voyons que les résultats à l'âge adulte de ces traumatismes précoces, sur des personnalités en voie de formation. Ces sujets présentent des états névrotiques graves, dans lesquels les événements initiaux sont symptomatiquement bien représentés parmi d'autres moins spécifiques mais tout aussi invalidants. Ou alors ils présentent des états limites, c'est-à-dire une pathologie grave de la personnalité, où les éléments traumatiques initiaux sont moins reconnaissables. Pour le thérapeute, ce sont les sujets les plus difficiles à prendre dans le transfert, c'est-à-dire à traiter. Maintenant, abordons rapidement le problème sous l'angle psychopathologique, avec l'aide de la métaphore de l'effraction de notre premier chapitre.

Le «névrotico-normal» serait le sujet qui serait parvenu à faire son deuil du paradis perdu, c'est-à-dire des jouissances originaires. Il a accepté le manque qui lui est imposé du fait qu'il s'en est remis au langage et la présence de ce manque lui ouvre le plein accès au désir.

Le trauma, comme «*analogon*» de l'originaire, ne le retiendra pas captif longtemps. À l'inverse, le névrotique voit dans le trauma une promesse de complétude susceptible de pallier les ratés du désir sur le plan de la satisfaction. Même s'il paye cher en angoisse ce retour vers le paradis perdu, il ne résiste pas à la fascination qu'il exerce par le truchement du «corps étranger interne». Celui-ci est venu se nicher dans le creux du manque structural.

C'est ce que nous disent les patients quand ils se plaignent de n'avoir plus envie de rien, rien de ce qui auparavant leur donnait du plaisir ou était une passion, d'être en panne de libido sexuelle aussi. Ainsi s'installe la névrose traumatique. Naturellement, comme nous l'avons dit initialement, les choses ne sont pas aussi tranchées, il n'y a pas de ligne de partage nette entre ces deux types de rapport à «l'objet perdu». Mais ce que nous verrons au chapitre des psychothérapies, c'est le sujet aux prises avec cette façon mortifère d'atteindre à la satisfaction.

Ces considérations préliminaires sont importantes pour la conduite du traitement. Si les soins immédiats et post-immédiats sont utiles dans tous les cas, les soins à plus long terme seront différents selon que l'on a affaire à seulement un syndrome de répétition avec des symptômes associés au minimum et rapidement régressifs, ou à un sujet anxio-dépressif. Voici un exemple particulièrement démonstratif d'un syndrome psychotraumatique qui n'est pas destiné à évoluer vers une névrose traumatique.

Jean a 40 ans. Il est médecin d'une compagnie aérienne. Celle-ci l'envoie à l'autre bout du monde, là où s'est produit un crash aérien sans aucun survivant. Sa mission est de s'occuper des familles des passagers qui vont affluer et des personnels chargés d'accompagner celles-ci. Avec lui, il y a un psychiatre. Sur place, les plus hautes autorités du pays décident de visiter la morgue. Jean est requis pour les suivre. Il redoute le

spectacle auquel il va être confronté. Dans la morgue, sur des tables de marbre noir, des morceaux de corps attendent d'être identifiés. Quand il ressort de la visite, son collègue psychiatre lui trouve pâle figure et lui propose son aide. Il refuse, mais accepte nos coordonnées, au cas où il aurait des problèmes à son retour en France. Il reste encore 15 jours dans le pays.

Le lendemain de son arrivée à Paris, il nous téléphone. Nous lui donnons un rendez-vous le jour d'après pour un débriefing. Il nous raconte sa visite à la morgue, et comment il est «tombé en arrêt devant la tête d'une femme», posée sur son cou, son visage était légèrement aplati et elle avait un œil sorti de son orbite. Il sort de sa contemplation: «*À ce moment-là, j'ai senti que j'avais franchi une ligne rouge*». Le soir de son arrivée, il a une relation sexuelle avec sa femme, et entre son visage et celui de son épouse s'interpose la vision de la tête «contemplée» à la morgue. Il est effaré de ce qui lui arrive.

À la fin du débriefing, il me raconte un rêve fait cette nuit qui précède notre rencontre: il perd une dent. C'est un «rêve de castration», soit un rêve où le dormeur perd quelque chose de précieux ou une partie de son corps. Ce type de rêve se voit à la fin des psychothérapies des névroses traumatiques: le sujet se décide à abandonner «l'objet perdu». Jean est guéri, que ce soit grâce à l'action d'un pré-transfert, ce que laisse supposer le rêve qu'il nous apporte, ou qu'il ne doive sa guérison qu'à lui-même.

Dans le premier cas, il s'agira seulement de permettre à la parole du sujet de réhumaniser ce qui lui est arrivé, et d'établir une continuité avec son histoire et ses projets. Dans le deuxième cas, celui de la névrose traumatique, les choses ne vont pas se passer aussi bien. Nous distinguerons trois types de situations en fonction du moment où commence le traitement.

Le traitement est entrepris quelques jours après l'événement, qu'il y ait eu soins immédiats ou/et post-immédiats ou non. Dans cet ordre de prise en charge, l'Armée nous a permis de faire dans la durée une expérience très enrichissante, malheureusement non transposable dans le civil. À partir des années 80, l'habitude s'y est prise de rapatrier directement sur les services de psychiatrie les soldats présentant des troubles psychiques ne permettant pas de les garder en zone opérationnelle. Parmi eux, il y a généralement un certain pourcentage de psycho-traumatisés chez lesquels le syndrome de répétition ne s'est pas déclenché. Ils sont rapatriés avec le diagnostic d'état dépressif.

L'angoisse commence à apparaître quand ces soldats comprennent qu'ils vont atterrir en psychiatrie, dormir au milieu de fous et surtout voir un psychiatre. Dans ces circonstances, le syndrome de répétition se déclenche la nuit où ils arrivent à l'hôpital. Le psychiatre si redouté qu'ils voient le lendemain matin leur apparaît vite comme un rempart contre la folie qu'ils sentent les gagner. Le transfert s'établit au cours du débriefing initial, les entretiens, quotidiens, et les suivants sont riches, animés, les sujets découvrent une manière de parler d'eux toute nouvelle. Ils découvrent l'autre scène, qui les conduit à revisiter leur histoire.

L'hospitalisation dure en moyenne deux à trois semaines, entrecoupée de permissions, et se termine par la résolution du trauma. Néanmoins parfois, une durée de traitement plus longue est nécessaire et la situation doit être aménagée. Ces jeunes patients nous ont appris plusieurs choses: l'intérêt d'une prise en charge précoce, l'intérêt d'un traitement intensif (c'est-à-dire un entretien par jour s'ils s'y prêtent), et que le trauma «s'évanouit» tandis qu'ils s'interrogent sur leur histoire.

Nous reviendrons sur ce dernier point qui est commun à toutes les psychothérapies psychodynamiques de sujets traumatisés. Habituellement, le thérapeute ne bénéficie pas de circonstances aussi favorables. Si aucun débriefing n'a encore été pratiqué, c'est par là qu'il va commencer.

Dans le cas contraire, il n'est pas impossible qu'il y ait des points sur lesquels le sujet souhaite revenir. Il devra de toutes les façons décrire l'événement. Puis les symptômes actuels, dans ce qu'ils ont de plus préoccupant pour lui, occuperont son discours. Le travail sur les symptômes pourra s'étendre sur plusieurs semaines (ici, le rythme des entretiens est d'un par semaine). C'est le temps de la mise au point d'une prescription médicamenteuse, si elle s'avère nécessaire. Mais c'est aussi le temps d'un accrochage transférentiel. Le travail psychothérapique en découlera ⁽¹⁵⁾.

À ce propos signalons quelques obstacles au transfert avec ce type de patients: le plus courant est l'usage du silence, qui ravive ses sentiments d'abandon. Il a au contraire besoin d'être «écouté» et que les silences soient utilisés pour relancer son discours. La neutralité bienveillante n'est pas de mise non plus ici, mais l'affichage d'une empathie ne saurait être recommandé. C'est peut-être la formule de Lacan des débuts, qui recommandait une «fraternité discrète», qui est l'attitude mentale la plus appropriée pour le thérapeute. La psychothérapie elle-même se déroule de façon très diverse selon les sujets. Un exemple fera mieux qu'un très long discours.

Julie a 23 ans, prend le RER avec des collègues de travail. Elle trouve que de l'endroit où elles se trouvent, elles voient mal les panneaux sur le quai indiquant les stations desservies, et propo- d'une grande réunion familiale, où chacun n'était là que pour le plaisir de se retrouver. Les symptômes dépressifs et de répétition n'en continuent pas moins à l'accabler, mais moins, semble-t-il.

Un jour, en début d'entretien cette fois-ci, elle s'exclame: *«Ce que je ne supporte pas, c'est à 23 ans d'être aussi dépendante de ma mère»*. Cette jaculation inaugure une longue période d'interrogation sur soi, et ferme aussi l'épisode traumatique. Il ne sera plus jamais question de l'attentat. Sa vie va aussi prendre un autre cours, en particulier elle noue une relation amoureuse, très orageuse. Ce qu'elle a découvert d'abord, c'est qu'elle était «méchante», foncièrement méchante. Cette révélation marque la fin de la psychothérapie consacrée au trauma, elle découvre que le mal est aussi en elle. Les deux années qui suivront n'auront rien de particulier par rapport à une psychothérapie de n'importe quel névrotique.

Ce qui rend remarquable cette observation, c'est que nous n'avons pas su grand-chose de ce qui se passait chez cette patiente, ni même que son inconscient était au travail. Elle ne nous en a apporté que le résultat final ou presque.

Le traitement commence à distance de l'événement au moment de l'éclosion du syndrome de répétition. La technique est un peu différente de celle utilisée dans les prises en charge précoces. Le premier entretien commence à faire le tour de l'événement déclencheur et des symptômes actuels et lorsque arrive le récit des cauchemars ou des reviviscences, un récit de l'événement traumatisant devient nécessaire, éventuellement lors d'un deuxième entretien, le lendemain de préférence.

Il s'agit alors de juger de l'intérêt du recours à la technique du débriefing. Généralement, il ne faut pas se précipiter, les entretiens suivants apporteront à un moment ou à l'autre les éléments manquants. Pour la suite de la psychothérapie, rien ne la distingue des autres psychothérapies de patients traumatisés: écoute attentive, relances par des questions pertinentes, demandes de précisions, demandes de récits de cauchemars ou de rêves, qui ne sont pas à interpréter sinon par le patient lui-même. Là aussi, un exemple fera mieux qu'un long discours.

Dominique est un appelé du contingent d'origine franco-libanaise. Dans les mois précédant son incorporation, il séjourne à Beyrouth auprès des membres de sa famille. Il s'agit de la lignée paternelle dont il se sent très proche. Dans les derniers temps de sa présence au Liban alors en pleine guerre civile, il assiste à une scène particulièrement atroce. Deux hommes sont attachés par les pieds au pare-choc arrière d'une voiture qui roule sur une route défoncée. Dans les jours qui suivent cette scène traumatique, des cauchemars apparaissent. Il revit la scène dont il se réveille avec effroi.

De retour en France, le tableau de sa névrose traumatique se complète. Le patient se désintéresse de ses études. Il coupe tous ses liens amicaux. Il vit dans une position de retrait à l'intérieur même de sa famille. Lors de son arrivée à la caserne, la vue des uniformes provoque chez lui une grande crise d'angoisse. Cette seconde rencontre l'amène à une hospitalisation en service de psychiatrie. À son admission dans le service, il apparaît prostré, mutique, indifférent au lieu et aux gens qui s'occupent de lui. Il finit par «dévoiler» l'origine de sa souffrance.

Dominique est très attaché au Liban. C'est le pays de son père qui exerce aujourd'hui la médecine en France. Sa mère est française. Il a deux frères aînés, brillants dans leurs études. Il est le seul à retourner régulièrement au Liban où vivaient ses grands-parents paternels. Il est très attaché à son grand-père décédé depuis deux ans. Il dira de ce grand-père: *«Il me donnait le sentiment de tout avoir à apprendre»*. Dominique

est un garçon froid, distant et introspectif. À son arrivée en France, à l'âge de 4 ans, il présente un épisode anorexique important. Il effectue sa scolarité à Paris sans enthousiasme. Il se montre suffisamment «turbulent» pour que, lors de ses 16 ans, ses parents l'envoient vivre chez son grand-père, seul capable de l'assagir. Revenu en France après son décès, il passe ses congés annuels au Liban. Il est confronté à une mère dominatrice et un père plutôt effacé, tandis que son grand-père est magnifié. Dès lors, Dominique va inlassablement chercher «les tables de la loi».

Le patient rencontre l'horreur au Liban. C'est la scène traumatique qui nourrit des reviviscences diurnes. Elle se présente maintenant à lui sans relâche. Et elle apparaît dans des cauchemars de répétitions. De cette scène d'horreur, il a été le «spectateur impuissant». Dans les entretiens, son discours évolue, il s' imagine tour à tour le bourreau et la victime. Il finit par entrevoir une troisième possibilité par le biais d'une remarque qu'il fait à propos d'un cauchemar: *«Devant un film, au cinéma, il y a toujours une porte de sortie»*. Il commence à imaginer «cette porte» lorsque le contenu du cauchemar se modifie.

La scène traumatique ne se répète plus à l'identique. D'autres personnages apparaissent. Il

ne les reconnaît pas. Ce sont des morts non identifiés: «*Ce pourrait être moi*» et «*Je pourrais être l'un d'entre eux*». Il pourrait être un cadavre parmi d'autres cadavres. La sagesse du grand-père est sans doute dans cette vérité de finitude si cruellement entr'aperçue. «*Le tout à apprendre*» de ce grand-père merveilleux prend soudain sens; lui qui «*représentait tout ce que je ne suis pas*». Être un des morts de la guerre civile était la seule façon, pour ce «Français de passage», d'être à la fois le petit-fils du grand-père et un «vrai» Libanais. Les jours suivants, le patient rapporte un rêve: il traverse une étendue séparant deux maisons, une grande et une petite. Celle qu'il quitte est celle de son grand-père. Il doit franchir un réseau de barbelés pour atteindre l'autre. Au milieu du passage, un milicien menaçant l'arrête avec le canon de son fusil. Dominique s'immobilise et se replie sur lui-même. Un autre soldat s'approche de lui et lui demande son identité. Le milicien est prêt à tirer. «*Pourtant, je ne suis pas fautif*», commente-t-il. Le rêveur donne son passeport. Il se dit qu'il ne craint rien dès lors que c'est un passeport français. À ce moment-là, il s'aperçoit qu'au lieu du passeport, il a tendu son livret A de la caisse d'épargne.

Ce rêve est typique des rêves terminaux des psychothérapies de névrose traumatique. Il relève de la problématique «de castration». Dominique abandonne un objet précieux. C'est son livret de Caisse d'épargne. Dans les jours suivants, il engagera son travail sur des thématiques de culpabilité. Ce rêve est aussi un «rêve de passage». En se glissant sous les barbelés, il s'extrait de la «déshumanisation» provoquée par le *trauma*. Il trouve «sa porte de sortie». En lieu et place d'un cadavre, il advient à une place vivante de subjectivation. Il parle d'un «je» de l'énonciation, dégagé de la culpabilité d'avoir été le spectateur de l'horrible agonie des hommes traînés derrière cette voiture. Dominique n'est plus spectateur «impuissant» de son rêve. Il le prend en compte. Il se l'approprie en tant que sujet. À cet instant, il peut saisir la dynamique de son désir.

Ce «*je*» émerge au moment où il franchit le seuil de la maison du grand-père paternel. Elle incarne une demeure magique d'une instance idéale au service de la jouissance. Le patient peut maintenant se confronter à une loi commune qui s'impose à lui comme à tout autre. Son «*obole*» payée, la demande de son rêve est autant d'être «épargnée».

On voit bien, avec ce patient, comment la question de la culpabilité est souvent mal posée à propos de la névrose traumatique. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la faute ici n'est pas celle de n'avoir rien fait ou tenté de faire lors de l'événement tragique. Elle se rapporte «à ce qui retient le sujet dans l'orbe du trauma». Son destin, dans le processus de guérison, est de redevenir le «moteur» d'une culpabilité œdipienne.

Dans les suites du travail thérapeutique, Dominique change très rapidement. Il devient confiant. Il se montre détendu. Il parle facilement de sa vie au Liban, du personnage très typé de son grand-père, de sa rivalité avec ses frères. Il aborde tous ces thèmes dans une atmosphère associative riche et variée. Les cauchemars ont cessé. Il exprime sa conviction de son mieux-être depuis ce rêve et son élaboration. «*Quelque chose*» d'essentiel s'est passé pour lui: «*J'essaye de regarder tout cela comme si j'étais quelqu'un d'autre*». Un autre regard, dont celui du thérapeute, prévaut désormais. Peu de temps après, il demande sa sortie. Cet homme jeune, secret et renfermé, s'est ouvert pendant la durée des entretiens thérapeutiques. Sorti du travail associatif, il retrouve son habitus de névrotique obsessionnel.

Les prises en charge tardives

Elles ont lieu des mois, plus souvent des années, après le déclenchement du syndrome de répétition, qui vient authentifier la névrose traumatique. Les psychiatres reçoivent ces patients de confrères d'autres disciplines, voire d'un médecin généraliste. La névrose traumatique fait maintenant partie de la vie du sujet, qu'il a aménagée plutôt mal que bien en fonction de ses symptômes. L'abord de ces malades sera bien différent des précédents.

Il s'agit ici de répondre à ce qui préoccupe le consultant, c'est-à-dire les symptômes qui l'ont amené chez le confrère. Dans les meilleurs cas, l'événement traumatique est évoqué au bout de quelques entretiens, ce qui permet de parler de ses conséquences dans sa trajectoire vitale. Très souvent, le récit qu'il fait constitue une véritable révélation pour lui. Effectivement, c'est depuis ce moment que rien ne va plus. Si le transfert est bien engagé, il acceptera de revenir sur le trauma, ce qui montre la priorité qu'il y a à nouer d'abord une relation transférentielle.

Il y a d'autres cas de figure. Le sujet ne se «souvient pas» de quoi que ce soit de ce genre. Ainsi, il nous est arrivé de traiter pendant trois ans un patient qui faisait des épisodes dépressifs graves. Nous étions persuadés qu'il y avait derrière sa maladie un moment traumatique. C'est de bonne foi qu'il l'avait «oublié» (il n'a pu en parler qu'une fois guéri de sa dépression). Il faut dire qu'il n'y avait pas encore de syndrome de répétition vingt ans après.

L'autre cas de figure, que nous avons déjà évoqué, c'est le sujet qui refuse d'aborder son

traumatisme. C'est le cas de l'exemple que nous avons choisi pour illustrer ce paragraphe. La place nous manque pour développer une psychothérapie à long terme, mais le lecteur intéressé pourra trouver deux de ces comptes-rendus ^{(16) (17)} référencés.

Roland est âgé d'une cinquantaine d'années. Ancien militaire, il est suivi à l'hôpital pour un alcoolisme ravageur et une conjugopathie de plus en plus violente. Dans les périodes de crise, il est hospitalisé, et entre-temps, il est suivi en consultation et participe à des groupes de buveurs repentis. Nous le connaissons de vue mais ne nous étions jamais occupé de lui. Un jour, il vient voir son psychiatre, mais celui-ci est absent. Il demande à nous parler. Nous le trouvons effroyablement amaigri, le teint cireux, le regard fixe, et il n'a pas son dentier. Le spectacle qu'il offre est hallucinant. Il vient se plaindre à nous qu'aucun armurier n'accepte de lui vendre un revolver. Un revolver? Pour quoi faire? Il fait alors le geste, l'index et le médius joints, de se tirer une balle dans la tête. Cette façon de simuler son suicide nous paraît trop réelle pour n'avoir pas un modèle dans son histoire.

Il se laisse sans aucune réticence entraîner sur le terrain de sa guerre d'Algérie qu'il a faite, à la suite de l'Indochine, comme engagé. Il raconte un épisode qui l'amènera à quitter l'armée. Son lieutenant lui a demandé d'exécuter un prisonnier d'une balle dans la tête. Nous l'hospitalisons et les entretiens sont quotidiens. Jamais auparavant, il n'avait parlé de ça à quiconque.

Dans ce moment mélancolique, il n'avait plus rien à perdre. Une fois cet aveu fait, il avait beaucoup à dire. Il resta un mois à l'hôpital, puis demanda à partir dans une maison de convalescence. Il revint nous voir à son retour, pour lui tout allait bien. Nous n'en avons pas la certitude, mais la suite prouva qu'il avait raison. Il travaillait dans un magasin de l'intendance où le personnel du service allait régulièrement faire ses courses. L'alcoolisme et la conjugopathie avaient disparus.

Ce patient nous montre que dans une névrose traumatique, ce n'est pas toujours le syndrome de répétition qui est au premier plan. Sa prise en charge montre aussi que la culpabilité des patients doit être respectée: quel crédit aurions-nous pu garder auprès de Roland si nous nous étions mis en tête de lui démontrer qu'il n'était pas coupable puisqu'il n'avait fait qu'exécuter un ordre?

Autres situations

Nous avons vu jusqu'à maintenant les patients victimes d'un traumatisme unique, quelle que soit sa violence (pour un observateur). Il faut dire aussi un mot de situations traumatisantes, étalées dans la durée, et qui deviennent un épisode central de la vie du sujet.

Parmi les patients dont nous nous sommes occupés, mentionnons des survivants des camps de concentration allemands ou viêt-minhs, des hommes ayant séjourné dans une prison où se pratiquait la torture, des otages de longue durée auxquels ont été infligées des mises en scène traumatisantes, certaines victimes de maltraitements graves. Ce mot fait évoquer les enfants, mais il faudrait un autre livre pour développer le sujet du traumatisme psychique de l'enfant.

Avec les rescapés que nous avons mentionnés, il est rare que l'on puisse obtenir d'eux un récit d'un moment qui a été pour eux traumatique. En revanche, toutes les autres souffrances endurées sont facilement racontées. Ils n'ont pas de réticence à parler de leur enfance, adolescence, et de leur vie avant et après ce qui maintenant centre leur vie. Ils sont très lucides sur ce que leurs nouvelles habitudes et modes de pensée doivent aux événements qu'ils ont traversés. Tout cela pourrait passer pour un attachement fondé sur la jouissance, mais la clinique nous montre quelque chose de plus important: un attachement à une période qui fait partie d'eux, qui est au cœur de ce qu'ils sont depuis. Le thérapeute a alors un autre rôle que celui décrit précédemment.

Avec ces patients, le thérapeute s'assignera d'autres buts que celui d'une psychothérapie psychodynamique. Il devra néanmoins commencer par établir un lien de confiance et de parole. Puis il sera le médecin des crises anxieuses et/ou dépressives, des troubles du sommeil habituels, le conseiller dans les procédures de réparation, puis il sera celui que l'on vient voir à intervalles réguliers tous les trois mois par exemple pour maintenir le lien. Toutefois, il faudra rester attentif à l'irruption inattendue d'une demande qui sort du cadre de la psychothérapie dite «de soutien». Cela arrive de temps en temps. Voici une histoire un peu atypique par rapport aux situations que nous venons de décrire.

C'est un jeune Algérien qui venait en France pour poursuivre ses études supérieures. Il est pris en otage dans l'airbus Alger-Paris en décembre 1994. Nous le voyons en avril 2000. Entre-temps il a mené une vie complètement déstructurée, passant ses nuits à boire dans des bars et à provoquer des bagarres, avec parfois un sursaut et la décision de se faire soigner. Il a tout eu, des TCC, de l'hypnose, des EMDR, de la psychanalyse, et plusieurs hospitalisations en psychiatrie qui se sont toutes terminées par son exclusion. Il «touche le

fond) et va voir la Présidente de «SOS Attentats» qui lui conseille, avec les mots qu'il faut sans doute, d'aller consulter à l'hôpital militaire.

Le premier entretien est d'une grande authenticité, de façon surprenante, il accepte facilement un débriefing en règle. Il est hospitalisé et se montrera un malade exemplaire. Nous le voyons tous les jours, les entretiens sont riches. Il trouve un emploi de portier de nuit dans un hôtel qui lui va bien à cause de ses insomnies peuplées de cauchemars. Il est suivi en consultations et, de temps en temps, demande une courte hospitalisation pour «souffler un peu».

Au bout de deux ans, il va beaucoup mieux, mais la psychothérapie n'avance plus. Nous avons l'intuition que quelque chose n'a pas été dit de ce qui s'est passé dans l'avion, et nous lui proposons un nouveau débriefing. Il accepte avec réticence. Il nous raconte qu'il avait noué un contact avec un des terroristes, de même âge que lui et originaire de la même région, qui lui avait raconté les sévices qu'il avait subis de la part des policiers et que maintenant il n'avait plus rien à perdre.

Lorsque les terroristes ont installé leur dynamite tout autour de la carlingue de l'avion, il a su que c'était sa fin, et il s'est enfoncé dans fauteuil, immobile, attendant l'explosion. Mais dans sa tête, il a eu de longues heures pour penser que le jeune preneur d'otages avait raison, que ce monde était amoral et pourri, et que s'ils faisaient exploser l'avion sur Paris, la nouvelle Babylone, ce ne serait que justice. Peu après avoir été délivré, il a senti une grande honte d'avoir pensé cela *«simplement pour sauver ma vie»*, *«C'est pour ça que je suis devenu violent et que je me suis mis à boire»*. Il est très mal quand il quitte le bureau et la semaine suivante, il arrive à la consultation très agressif par notre faute, il est maintenant très mal, tout ce qu'il nous dit est faux et, de toutes les façons, il ne viendra plus nous voir.

Quelques mois plus tard il demande un rendezvous. Il a compris pourquoi il avait embrassé la cause des terroristes: *«Je voulais donner un sens à ma mort»*. Depuis notre dernière rencontre, débarrassé de sa honte, il a fait des démarches qui l'ont conduit à entreprendre une formation de son niveau et il continuera dans cette voie jusqu'à l'obtention de son diplôme. Mais il ne voudra pas reprendre le travail psychothérapeutique interrompu *«tout ça, ça, fait partie de moi maintenant»*.

C'est un chapitre important de la psychotraumatologie que l'on oublie souvent de traiter, alors que les polytraumatisés constituent une proportion notable de nos patients. Lorsque nous étions à l'hôpital militaire, les surveillantes des services de chirurgie nous demandaient souvent de passer voir à leur lit ces hospitalisés sortis depuis un temps variable de la table d'opération, quand ils étaient en état d'établir une relation verbale avec un autre. Il s'agissait de blessés de guerre, d'accidentés de la voie publique, d'accidentés du travail. Il était intéressant de voir ces gens à ce moment-là, après leur accord naturellement.

Ainsi pouvait s'établir une relation psychothérapique, même si elle était interrompue par d'autres interventions chirurgicales. À la sortie de l'hôpital, le traitement pouvait se poursuivre en consultation. La remarque à faire pour ce type de patients, c'est que s'ils développent une névrose traumatique, l'évolution de celle-ci dépend pour beaucoup de l'évolution de leurs blessures, celles-ci les renvoyant constamment à l'événement, et les manifestations de la névrose ayant tendance à aggraver les troubles physiques. C'est encore plus évident avec les consultants que nous recevons aujourd'hui.

Pour la plupart, ils proviennent des centres antidouleur, et arrivent après des années d'évolution. Les résultats sont beaucoup plus difficiles à obtenir que dans les cas précédents, où les blessés ont vite compris qu'ils ont à réparer un corps cassé, mais qu'ils ont aussi une blessure psychique qui demande autant de soins.

En revanche, ces hommes et ces femmes adres-

Conclusion

Nous avons vu jusqu'à maintenant le modèle des psychothérapies psychodynamiques, avec cette réserve qu'il est possible et même nécessaire de distinguer dès le départ ceux qui n'auront pas à faire tout ce détour par leur histoire pour guérir. D'autres patients se révèlent incapables de se livrer à leur propre parole et nécessiteront un dispositif léger commentant les événements et les symptômes au jour le jour. Les prescriptions médicamenteuses seront plus utiles qu'elles ne l'étaient dans les cas précédents(18). Dans ces cas, on ne peut espérer qu'un allègement du poids de l'image traumatique, ce qui souvent n'est pas si mal. Il faut toutefois rester attentif à un moment où la parole s'ouvre, ça arrive! Nous pouvons proposer un schéma de compréhension de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques. Elles partent de la culpabilité post-événementielle, qui à l'insu du sujet le met en position d'auteur de sa souffrance. La psychothérapie va l'amener à la recherche de l'origine de cette culpabilité, là aussi à son insu. Dans ce

travail, il va rencontrer la culpabilité œdipienne, qui est la version parlée de la transgression de l'effraction traumatique. Comme retour vers la complétude, le corps de la mère. Le sujet peut repérer ça, mais le thérapeute est encore mieux placé pour lire dans les rêves, les fantasmes exprimés que la psychothérapie s'achemine alors vers la fin. C'est-à-dire que le patient aura fait le même travail que le petit enfant qui s'est arraché à l'originnaire pour entrer dans le langage. Il n'aura plus besoin de ce substitut de l'objet perdu, et de son équivalent «le corps étranger interne »

□

2

Bibliographie

- 1.Abraham K., (1918) Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre. In: œuvres complètes, tome II. Payot, pp.172-180, Paris 1974.
- 2.Barrois C., Les névroses traumatiques. Dunod, Paris, 1998.
- 3.Charcot J. M., Leçons du Mardi à la Salpêtrière. Notes de cours. Tome II, Paris, Bureaux du Progrès Médical, 2 vol, Policlinique 1888-1889.
- 4.Crocq L., Stress et névrose de guerre. Psychologie Médicale; 6 (8): pp. 1493-1531, 1974.
- 5.Ducrocq F., et Al., La pharmacologie des troubles psychotraumatiques aigus, Traitement ou Prévention. Revue francophone du Stress et du Trauma, Tome 5, n°4, pp. 193-204, 2005
- 6.Ferenczi S., Psychanalyse des névroses de guerre. In: Rapport présenté au Ve Congrès internationale de psychanalyse de Budapest, Tome III, pp. 27-43, 1918. 6.
- 7.Freud S., (1920), Au-delà du principe de plaisir. In: Essais de psychanalyse, petite bibliothèque Payot, pp. 41-116, Paris 1981.
- 8.Jeudy E., «Tu aurais mieux fait de faire un enfant». La psychothérapie au long cours d'une névrose traumatique grave. Revue francophone du Stress et du Trauma, vol. 2, n° 1, pp.29-32, 2002.
- 9.Juillet P. et Moutin P., Psychiatrie militaire. Masson, Paris, 1969.
- 10.Lassagne M. et Clervoy P., Le costume du père: La question de la culpabilité dans la névrose traumatique. (87), pp. 47-51, Synapse, 1992.
- 11.Lebigot F., Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Dunod, Paris, 2005.
- 12.Lebigot F., L'évolution du trauma sous transfert. Revue francophone du Stress et du Trauma. Tome 6, n° 2, pp.71-77, 2006.
- 13.Lebigot F., Le cauchemar et le rêve dans la psychothérapie des névroses traumatiques. Nervure XII (6), pp. 16-19, 1999.

2