

# LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

FRANÇOIS LEBIGOT\*

## RÉSUMÉ

Le traumatisme psychique est un phénomène très particulier, dont la réalité clinique n'a été découverte par les psychiatres que très tard, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, alors qu'il a existé de tout temps. Au cours de la Première Guerre mondiale, S. Freud et ses élèves l'étudient chez les soldats et en démontrent le mécanisme intrapsychique. Malheureusement, le concept, à quelques exceptions près, est resté confiné dans le cercle étroit des psychiatres militaires. En revanche, le terme de "traumatisme" a connu une fortune croissante dans le public comme chez les spécialistes pour désigner tout choc émotionnel, à l'occasion par exemple de la perte d'un proche, de l'échec à un examen... Il s'agit en fait de tout autre chose.

## MOTS-CLÉS

traumatisme psychique, névrose traumatique, stress, état de stress post-traumatique, effroi, syndrome de répétition.

## SUMMARY: PSYCHOTRAUMATISM

*The psychotrauma is a very particular phenomenon, for which the clinical reality was discovered by the psychiatrists very late, at the end of the XIX<sup>th</sup> century, while it always existed. During the First World war, S. Freud and his followers study it among soldiers and demonstrate the intrapsychic mechanism. Unfortunately, the concept, with a few rare exceptions, remained stuffy in the narrow circle of the military psychiatrists. On the other hand, the term of "traumatism" knew an increasing fortune in the public as at the specialists to appoint any emotional shock, for example on the occasion of the death of a relative, a failure to an exam... It is in fact about quite other matter.*

## KEY WORDS

*psychotraumatism, traumatic neurosis, stress, posttraumatic stress disorder, dread, repetition syndrome.*

Dix ans après la guerre du Viêt-Nam, les Américains découvrent qu'une proportion très importante de leurs anciens GI – au moins 40 % de ceux qui avaient combattu – souffrait de troubles mentaux sévères. Un grand nombre d'entre eux se suicidaient ou commettaient des actes antisociaux graves. Les psychiatres américains redécouvraient la "névrose traumatique", comme on appelait, à la suite de Sigmund Freud, cette maladie consécutive à un traumatisme psychique. Malheureusement, ils ont affaibli la portée de leur redécouverte en faisant du traumatisme une variété de stress et en regroupant les troubles sous l'appellation *posttraumatic stress disorder* (PTSD), "état de stress post-traumatique" (ESPT) en français. Mais ils ont eu le grand mérite de donner au traumatisme dans leur nosographie (classification des maladies), élaborée par l'Association américaine de psychiatrie dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-III, 1980), un statut que l'on pourrait dire officiel... Dès lors, le trauma a été peu à peu reconnu partout dans le monde et admis dans la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cela ne veut pas dire qu'aujourd'hui tous les psychiatres et psychologues sachent exactement ce dont il s'agit.

*\*Professeur agrégé du Val-de-Grâce, Consultant à l'Institution nationale des Invalides, Paris, France, Président de l'ALFEST*

## QU'EST-CE QU'UN TRAUMATISME PSYCHIQUE ?

La compréhension de ce phénomène nécessite d'abord, en suivant les pas de Freud, que nous nous fassions une représentation de l'appareil psychique<sup>(1)</sup>. Comme tel, celui-ci n'est pas représentable, à l'inverse du corps qui en est le support. Il va falloir nous servir d'une métaphore, qui d'ailleurs s'inspire de la réalité de celui-ci, qui est d'être un contenu protégé par une enveloppe protectrice. Imaginons l'appareil psychique comme un volume sphérique contenu dans une peau, c'est-à-dire une membrane qui le protège des agressions extérieures. À l'intérieur de la sphère se trouvent les représentations reliées entre elles par des filaments pour former un réseau sur lequel vont circuler de petites quantités d'énergie. Ainsi est métaphorisé notre "appareil à penser". Quand Freud avait proposé son schéma, le neurone n'avait pas encore été découvert et, d'une certaine façon, il a anticipé l'architecture du cerveau. Les petites quantités d'énergie qui assurent le fonctionnement de l'appareil et qui circulent entre les représentations doivent être à l'abri de l'irruption

d'importantes quantités d'énergie qui dérégleraient le fonctionnement de l'appareil psychique. Aussi, la membrane protectrice est imaginée chargée d'une énergie positive qui repousse à l'extérieur les énergies en excès qui voudraient la franchir. Freud appelle cette membrane le "pare-excitation". Avec cette figuration de l'appareil psychique (figure 1), nous allons pouvoir distinguer deux phénomènes qui sont trop souvent confondus : le stress et le trauma<sup>(2)</sup>.

Lors du stress, une action extérieure – une menace de mort par exemple – presse sur la membrane. La "vésicule vivante" – comme Freud appelle sa sphère – est partiellement écrasée, mais rien ne pénètre à l'intérieur (figure 2). L'énergie positive augmente, ce qui se traduit cliniquement par de l'angoisse. Lorsque la pression se relâche, l'appareil psychique reprend sa forme initiale et continue à fonctionner comme avant. Il tient compte seulement de l'événement qu'il a rencontré, la perte d'un être cher par exemple.

Il n'en va pas de même avec le trauma. Là, l'événement, dont nous verrons les caractéristiques, ou plutôt son image, pénètre dans l'appareil psychique en traversant le pare-excitation. Freud parlait d'effraction (figure 3). L'image traumatique va s'incruster au milieu des représentations et sa charge énergétique va bouleverser le fonctionnement psychique du sujet. Il y aura un avant et un après le trauma, au point que la première demande de la victime soit "je veux redevenir comme avant".

Dans la réalité, il faut tenir compte du fait que les événements traumatisants sont souvent aussi des événements stressants et que c'est de l'angoisse qui se manifeste d'abord. D'où la confusion de la nosographie américaine qui, dans le DSM-III, fait du traumatisme un stress. L'effraction traumatique, elle, ne s'accompagne pas d'angoisse, mais d'effroi, d'une disparition complète de toute activité psychique. Quant à l'image traumatique incrustée, elle fait

d'abord l'objet d'un déni, et ce n'est que plus tard qu'elle réapparaîtra à la conscience du sujet, des jours, des mois, voire des années après. En attendant, elle peut produire de l'angoisse d'origine interne, contrairement au stress dont l'angoisse est d'origine externe (figure 4).

## QU'EST-CE QU'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE ?

C'est une rencontre avec le réel de la mort. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel, un peu comme nos appareils sensoriels transforment immédiatement des longueurs d'ondes en couleurs ou en sons<sup>(3)</sup>. Freud faisait remarquer que nous savons que nous allons mourir, mais que nous ne savons pas ce qu'est la mort. Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction du pare-excitation permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. C'est une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter ; aussi ne pourra-t-il rien en dire. La présence de cette image, que l'on peut figurer dans notre métaphore comme chargée d'une grosse quantité d'énergie, va entraîner d'importants troubles du fonctionnement psychique. Mais le traumatisé psychique n'aura pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive, l'origine de sa souffrance. Il se sentira alors isolé de la communauté des hommes.

Une fois installée dans l'appareil psychique, l'image traumatique y demeure, parfois seulement quelques jours, plus souvent des mois, des années, ou toute la vie du sujet. Elle réapparaît à la conscience avec une périodicité variable, soit la nuit dans des cauchemars, soit le jour dans de brèves révisions. À chaque fois, l'image est identique au

*Le traumatisé psychique n'a pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive*

FIGURE 1  
*L'appareil psychique*

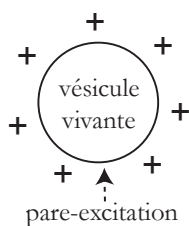


FIGURE 2  
*Le stress*

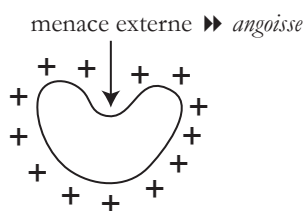


FIGURE 3  
*Le trauma*

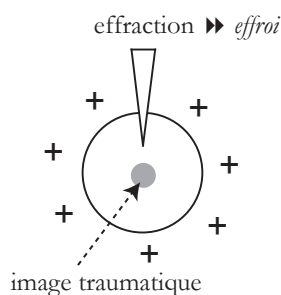
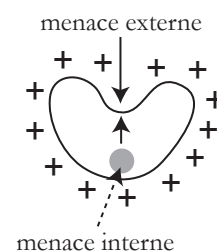


FIGURE 4  
*Le stress post-traumatique*



détail près à ce qu'elle était le jour où elle a fait effraction, et elle s'accompagne du sentiment que l'événement est en train de se produire. Aussi, les troubles psychotraumatiques peuvent-ils durer longtemps, voire très longtemps, et l'incompréhension de l'entourage, familial ou professionnel, s'accroît-il avec le temps.

Les circonstances au cours desquelles peut se produire un traumatisme sont de trois types : le face à face solitaire avec la mort ; le réel de la mort rencontré chez un autre ; la mort horrible.

### LE FACE À FACE SOLITAIRE AVEC LA MORT

Le sujet voit la mort arriver sur lui, "il se voit mort", "cette fois-ci c'est fini !". Nous citerons les accidents de la circulation, suivis ou non de coma, mais où avant la perte de conscience, s'il y en a une, une ultime image qui précède le choc se grave dans l'appareil psychique. Il peut s'agir aussi d'accidents du travail, d'agressions (particulièrement avec une arme, avec le regard meurtrier de l'agresseur fixé sur sa victime), d'attentats à l'explosifs, de situations rencontrées par les soldats au cours d'une bataille, de catastrophes naturelles : tremblements de terre, raz-de-marée, etc.

### LE RÉEL DE LA MORT RENCONTRÉ CHEZ UN AUTRE

Cet autre est le plus souvent quelqu'un de proche. Citons deux exemples qui nous épargneront un long discours. Deux soldats sont de garde devant leur camp situé en zone de guerre. Appuyés sur des sacs de sable, ils se font face et discutent tranquillement, la période est calme. Tout à coup, l'un d'eux voit une tache rouge (l'impact d'une balle !) qui s'agrandit sur le front de l'autre qui s'écroule mort. Quand le survivant rentrera en France, commenceront les cauchemars et les reviviscences diurnes. Autre scénario du même type : deux sœurs sont assises à l'arrière d'une voiture qui file à grande vitesse sur l'autoroute. Un obstacle se présente, le choc est brutal. Trois des passagers ont leur ceinture attachée, mais pas l'une des femmes qui est assise à l'arrière droit. Sa portière s'ouvre brutalement et elle est éjectée à l'extérieur. Sous les yeux de sa sœur, elle a la tête tranchée sur le rail de sécurité de l'autoroute. La survivante sera littéralement persécutée par la reproduction de la scène et nécessitera une psychothérapie qui durera deux ans.

### LA MORT HORRIBLE

Elle est horrible parce qu'elle a frappé un grand nombre de personnes et/ou que les corps des victimes sont en très mauvais état. C'est le cas chez des soldats qui découvrent des charniers dans des situations de guerre civile, chez des sauveteurs qui interviennent sur des grands accidents autoroutiers ou ferroviaires, chez des pompiers qui s'activent sur à un immeuble en flammes...

Les événements potentiellement traumatogènes sont abordés plus avant dans l'article d'É. Vermeiren (pp. 214-217), mais soulignons qu'il s'agit toujours d'une perception ou d'une sensation directe. La même scène vue au cinéma ou à la télévision, à plus forte raison racontée ou lue, ne fera pas effraction. Elle pourra provoquer un choc émotionnel, mais ne sera pas à l'origine d'un traumatisme. Tous les sens peuvent être concernés, mais le plus souvent c'est la vue qui fournira l'image traumatique. Il y a des cas où cette image est auditive, olfactive, cénesthésique (conscience confuse de sensations émanant de la profondeur du corps).

## LES TROUBLES ENGENDRÉS PAR LE TRAUMATISME

Il faut d'abord savoir que les troubles pathognomoniques (ce qui veut dire qu'on ne les rencontre dans aucune autre affection) – ici ce sont les éléments que nous décrirons dans le syndrome de répétition – n'apparaissent qu'à distance du traumatisme : des heures rarement, parfois des jours, plus souvent des semaines ou des mois, voire des années après. En revanche, les autres troubles apparaissent généralement plus tôt, mais ils sont plus difficiles à rattacher à un traumatisme en l'absence d'un syndrome de répétition. Cette période est appelée la "phase de latence".

### LE SYNDROME DE RÉPÉTITION

Il s'agit essentiellement de cauchemars et de reviviscences diurnes. Les uns comme les autres ont la caractéristique de replonger le sujet dans son expérience traumatique, comme si elle était en train de se produire. Il en ressort avec la même angoisse. La gravité de la maladie se mesurera souvent à la fréquence avec laquelle ces phénomènes se produisent. Signalons que les cauchemars et les reviviscences peuvent parfois changer de scénario, mais ils gardent toujours la caractéristique d'horreur du modèle, et ils déclenchent la même angoisse.

### L'ANGOISSE

Elle est constante, plus ou moins invalidante. Elle est souvent émaillée de crises aiguës au cours desquelles le patient a le sentiment qu'il va mourir ou devenir fou. Toutes les formes de l'angoisse se rencontrent, surtout les phobies de la foule, des espaces clos, des transports en commun...

### LA DÉPRESSION

Elle va de la simple tristesse avec rumination de mort, dont rien ne peut tirer le sujet, jusqu'à la mélancolie délirante qui présente un important risque de suicide.

## LES TROUBLES DU CARACTÈRE

Repli sur soi et isolement, sentiments de honte et d'abandon, sentiment d'agressivité des autres à son égard, parfois accès de violence... Ce sont eux qui sont principalement à l'origine de ces situations d'exclusion de toute vie sociale dont sont victimes beaucoup de traumatisés. On observe aussi des troubles des conduites : alcoolisme, toxicomanie, suicide, passage à l'acte grave sur autrui.

## PLAINTES SOMATIQUES ET MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

Elles sont multiples dans leurs expressions : affections cutanées, ulcère gastrique, hypertension artérielle, diabète, trouble hormonal thyroïdien, douleurs diffuses...

## L'ÉVOLUTION DU TRAUMATISME

Il est celui du syndrome de répétition. Celui-ci peut disparaître rapidement, soit spontanément, soit à la suite de quelques entretiens. Nous avons vu qu'il peut perdurer des semaines, des mois ou des années. Naturellement, un traitement adapté raccourci sa durée d'évolution, mais il peut être présent pendant toute la vie du sujet. Il existe beaucoup de formes cycliques où les symptômes apparaissent aux dates anniversaires, dans des moments difficiles de la vie du sujet, ou si l'actualité est faite de grandes catastrophes, de guerres... On observe des formes diverses selon la gravité, depuis une capacité relative de mener une vie normale jusqu'à des états gravement invalidants ; nous avons mentionné les suicides, mais il existe des situations d'exclusion totale de la vie sociale, surtout si le sujet recourt à l'alcool ou à d'autres substances psychoactives (médicaments, drogues) pour combattre ses insomnies, ses cauchemars, son angoisse.

## LE TRAITEMENT

Le traitement du traumatisme psychique, à la fois pharmacologique et psychothérapeutique, est détaillé dans cet ouvrage par O. Cottencin (pp. 241-244). Soulignons simplement ici que ce traitement aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera entrepris plus tôt<sup>(4)</sup>.

## CONCLUSION

Jean-Paul Mari, journaliste, grand reporter de guerre et écrivain, a récemment publié un livre sur le sujet, à propos notamment des soldats américains en Irak. Il l'a intitulé : *Sans blessures apparentes*<sup>(5)</sup>. Avec juste raison, il

a insisté sur le drame de ces personnes qui est leur impossibilité de communiquer aux autres la tragédie intérieure qu'ils vivent. Ce silence les confine dans leurs souffrances et peut les mener à la mort. Il appartient à l'entourage, aux médecins, aux psychologues, aux juges... non pas de les comprendre mais de les écouter.

Nous avons abordé sommairement dans cet article ce qu'il est convenu d'appeler dans le monde francophone la "névrose traumatique". C'est à partir de cette représentation de la maladie que nous pensons notre mode de prise en charge en fonction de chaque malade. Toutefois, nous n'oublions pas que sous l'influence de la classification médicale américaine, la clinique de référence (c'est-à-dire l'observation et la description des symptômes présentés par les patients) est actuellement presque partout dans le monde celle du PTSD (ESPT) assez différente de la nôtre. L'article de S. Molenda (pp. 205-209) qui suit décrit cette autre approche clinique des troubles post-traumatiques. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 - FREUD S. Au-delà du principe de plaisir (1920). In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 42-115.
- 2 - LEBIGOT F. Le traumatisme psychique. *Revue francophone du Stress et du Trauma* 2004 ; 4 (1) : 5-11.
- 3 - FREUD S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915). In : Essai de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981 : 7-39 et 255-267.
- 4 - LEBIGOT F. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Paris : Dunod, 2005.
- 5 - MARI JP. Sans blessures apparentes. Paris : Robert Laffont, 2008.